TERRIER F.

REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Lyon.

VERNEUIL
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

ET

F. TERRIER
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

QUATRIÈME ANNÉE. — N° 1. — 10 JANVIER 1884.

MÉMOIRES ORIGINAUX

F. Terrier. — Remarques cliniques sur une 2e série de 25 ovariotomies.

Vincent. — De l'arthrotomie ignée et du chauffage articulaire combinés avec le pansement antiseptique iodoformé et l'immobilisation dans les synovites et ostéo-synovites fongueuses.

A. Verneuil. — Contribution a l'étude de l'aggravation des propathies par le traumatisme.

G. Poinsot. — Deux faits d'hystérectomie abdominale.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement antiseptique des plaies chirurgicales et le pansement à l'iodoforme dans les cliniques allemandes, par *E. Doyen.*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie.

REVUE ANALYTIQUE

I. Pathologie générale. — Histogenèse et histologie des sarcomes, par Ackermann. — Variétés de sarcomes des membres chez les enfants, par Valude. — Tumeurs malignes de l'enfance, par de Saint-Germain. — Kystes à contenu huileux, par A. Broca et G. Vassaux. — Tumeur graisseuse congénitale sous le muscle occipito-frontal, par Tancrède. — Ulcère avec hémorrhagies supplémentaires, par Hooper. — Altérations du sang dans l'érysipèle, par Norton Withney. — Ulcère chronique de la jambe, guéri par un érysipèle phlegmoneux, par Nicholls. — Disparition d'une tumeur du sein à la suite d'un érysipèle, par Stein. — Pyohémie de six mois, suivie de guérison, par Kilduffe. — Pustule maligne, par Rigobert.

II. Voies urinaires. — Néphrite à frigore, par Lancereaux. — Rein mobile, par Guiard. — Rein mobile fixé au moyen d'une opération sanglante, par Bassini. — Néphrotomie pour hydronéphrose, par Cabot. — Néphrectomie, par incision abdominale, pour un rein flottant, par Gill Wylie. — Développement spontané des gaz dans la vessie, par Guiard. — Fibrome papillaire de la vessie, par Frédéric Thorne. — Exploration de la vessie, etc., par sir Henry Thompsen. — Etude de la taille hypogastrique, par Guyon. — Taille hypogastrique, par Monod. — Sur la taille hypogastrique, par Makeeff.

BIBLIOGRAPHIE

Synovites fongueuses articulaires et tendineuses, par Chaudelux. — Pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe, par Schreider.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

MENTION HONORABLE
A L'EXPOSITION
Universelle Internationale
PARIS 1878

Marque de Fabrique

Dépôt Général :
PARIS
21, Rue des Lions-Saint-Paul

Semouline

NOUVEL ALIMENT RECONSTITUANT
DES
RR. PP. TRAPPISTES du Monastère du PORT-du-SALUT

Les principes reconstituants de la **Semouline** sont fournis à la fois par la portion corticale des meilleures céréales et par les sels naturels du lait de vache n'ayant subi aucune altération.

Des appareils spéciaux, très perfectionnés, ont été imaginés, tant pour évaporer le petit-lait et le mélanger à la farine, que pour donner à ce mélange une forme granulée qui en rend l'emploi plus facile.

Cet excellent produit est ordonné par les sommités médicales aux Personnes faibles, aux Convalescents, aux Enfants, aux Nourrices, aux Estomacs fatigués, aux Poitrines débilitées et à toutes les constitutions délicates, avec l'assurance de leur apporter un remède efficace.

PRIX DE LA BOITE : 3 FR. 50

COTON IODÉ

Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1re classe

Ex-préparateur de l'École de Pharmacie de Paris. — 48, avenue d'Italie, PARIS

Partout où l'iode est appliquable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté ; il remplace avec avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, les emplâtres émétisés, le thapsia et souvent même les vésicatoires. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris ; le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements de la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris sans lésions de la peau en un court espace de temps.

Prix du flacon en France : 3 fr 60. — Se trouve dans toutes les pharmacies.

PHTHISIE — CATARRHES — BRONCHITES CHRONIQUES

Capsules Dartois

Formule { **CRÉOSOTE DE HÊTRE**..... 0,05 / Huile de foie de morue blanche..... 0,20 } par Capsule.

Ces Capsules, qui ont la grosseur d'une pilule ordinaire, sont prises facilement et bien supportées par tous les malades. Leur formule est reconnue la meilleure par les Médecins qui les ont ordonnées. — *Doses : de 4 à 6 par jour.* — Faire boire, immédiatement après, un peu de lait, d'eau rougie ou de tisane.

Le Flacon : 3 fr. — *105, RUE DE RENNES, PARIS,* et les principales Pharmacies.

REMARQUES CLINIQUES

SUR

UNE DEUXIÈME SÉRIE DE 25 OVARIOTOMIES

Par F. TERRIER

Au mois de mai 1882 [1], j'ai déjà fait paraître dans ce journal quelques remarques cliniques sur mes vingt-cinq premières ovariotomies ; fidèle au programme que je me suis alors tracé, je continue à publier ma statistique des vingt-cinq ovariotomies suivantes, et je m'efforce toujours d'en tirer des déductions cliniques et opératoires.

C'est qu'il ne suffit pas, comme on le fait trop souvent, de pratiquer plusieurs fois la même opération pour en déduire aussitôt des conclusions rigoureuses et pour essayer d'édicter des règles opératoires absolues. En général, les choses sont plus complexes, et, quelles que soient les connaissances qu'on acquiert par la lecture des auteurs qui ont traité le sujet qui vous occupe, encore faut-il avoir par-devers soi une certaine expérience opératoire, expérience toujours longue à acquérir, quelle que puisse être l'habileté manuelle dont on est doué.

Comme dans mon premier travail, je passerai successivement en revue l'âge de mes opérées, leurs antécédents génitaux, la date d'apparition de la tumeur et les phénomènes qu'elle a déterminés.

Abordant l'intervention chirurgicale, j'insisterai sur la méthode listérienne utilisée dans tous les cas, sur la durée de l'opération et enfin sur ses complications, en particulier sur l'inclusion des kystes ou des tumeurs polykystiques dans l'épaisseur des ligaments larges, question que j'ai déjà ébauchée en quelque sorte dans une récente communication faite à la Société de chirurgie [2].

Quelques remarques sur la nature des tumeurs enlevées, sur leur siège et sur leur volume termineront ce mémoire. Toutefois il est un point sur lequel j'insisterai : c'est l'étude des causes qui ont entraîné

1. *Revue de chirurgie*, t. II, p. 349, mai 1882.
2. Séance du 4 juillet 1883, *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, nouv. série, t. IX, p. 557, 1883.

la mort des opérées, causes parfois multiples et toujours très importantes à discuter, surtout lorsque l'autopsie a pu être faite, ce qui est arrivé dans la plupart des cas.

Ici encore, comme dans mon premier travail statistique, j'aurai quelques considérations à présenter sur les résultats éloignés de l'ovariotomie.

Dans cette deuxième série d'ovariotomies, l'âge des opérées a moins varié que dans notre première série. Avant vingt et un ans, nous n'avons qu'une malade (obs. 48); de vingt et un à trente ans, encore une seule malade (obs. 29); de trente et un à quarante ans, quatre malades (trente-deux ans, deux fois trente-trois ans et trente-sept ans); de quarante et un à cinquante ans, dix opérées (quarante-deux, quarante-trois, trois fois quarante-quatre, quarante-six, deux fois quarante-sept, quarante-huit et quarante-neuf ans); de cinquante et un à soixante ans, huit opérées, dont six de cinquante-deux ans, une de cinquante-quatre ans et une autre de soixante ans.

Une seule malade avait soixante-cinq ans (obs. 47.)

En fait, la plupart des opérées de cette deuxième série avaient de quarante à cinquante-cinq ans (19 observations sur 25).

Nous pouvons donc répéter ce que nous avons déjà formulé [1], à savoir que les néoformations kystiques sont rares avant vingt ans et au delà de cinquante-deux ans. De plus, dans cette série nouvelle, nous trouvons la confirmation de la proposition qui consiste à dire que les kystes se développent d'ordinaire pendant la vie sexuelle de la femme. Huit fois, il est vrai, les kystes ont été opérés deux ans (obs. 26), trois ans (obs. 27), cinq ans (obs. 31), neuf ans (obs. 28 et 36), douze ans (obs. 33) et même quinze ans (obs. 43 et 47) après la ménopause. Mais encore faut-il remarquer que, dans l'observation 26, le kyste datait de plus de trois ans, c'est-à-dire d'une époque à laquelle la malade était encore réglée; peut-être en était-il de même dans l'observation 27, bien que la malade ne se soit aperçue de sa tumeur que depuis deux années. En somme, il n'y a que sept opérées après la ménopause, proportion presque analogue à celle de notre première série; on peut cependant faire remarquer que la ménopause n'est pas, autant qu'on pouvait le penser, une condition de non-développement des tumeurs kystiques des ovaires. C'est là un correctif à ajouter aux conclusions relatives à l'âge et à l'influence de la vie sexuelle.

Neuf des femmes que nous avons opérées ont eu régulièrement leurs

1. *Loc. cit.*, p. 350.

époques jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale (obs. 32, 34, 35, 38, 44, 45, 46, 48 et 50). Deux fois l'état général fort grave des malades peut expliquer l'arrêt des menstrues (obs. 40 et 41). Trois fois les règles étaient devenues irrégulières (obs. 29, 37 et 39), et deux fois même il y eut des métrorrhagies (obs. 29 et 39). Dans l'observation 49, les règles très normales, s'arrêtèrent deux mois avant l'opération, et la malade se croyait enceinte, illusion partagée par un médecin ; enfin, deux fois après un intervalle d'aménorrhée assez long, qui même peut être considéré comme la ménopause, l'écoulement sanguin reparaît et détermine des pertes abondantes (obs. 30 et 42).

Le développement des kystes ovariques peut donc n'influer en rien l'écoulement menstruel, fait facile à comprendre lorsque le kyste est unique, mais plus difficile à expliquer lorsque les deux ovaires sont malades. Or, sur les neuf observations dans lesquelles les règles ont été normales jusqu'au moment de l'opération, *six* fois les deux ovaires étaient malades et ont dû être enlevés (obs. 34, 35, 44, 45, 46 et 48). Au contraire, dans les cas où les règles étaient soit irrégulières, soit complètement arrêtées, nous n'avons que deux faits (obs. 37 et 49) dans lesquels on fit une double ovariotomie. Encore faut-il remarquer que, dans l'observation 49, les menstrues ont été régulières jusque deux mois avant l'opération, et cela malgré deux ovaires malades depuis plus de un an.

En résumé, il ne paraît pas y avoir de relations à établir entre la transformation kystique des ovaires et la persistance ou l'arrêt de l'écoulement menstruel. Notons cependant qu'après la ménopause le développement des néoformations ovariques paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins abondant et plus ou moins irrégulier (obs. 27 et 28, aussi 30 et 42). Ici donc, comme pour notre première série, il nous est encore impossible de formuler quelques conclusions positives.

De mes 25 nouvelles opérées, 2 sont vierges, 5 n'ont pas eu d'enfants, 5 ont eu un enfant, 7 deux enfants, 2 quatre enfants, 1 cinq, 1 sept, 1 dix et enfin 1 onze enfants. En résumé, sur 25 femmes, 18 ont eu des enfants et 7 sont sans enfants. Cette proportion est à peu près identique à celle que j'avais obtenue dans ma première série d'opérations.

Parmi les femmes opérées après la ménopause, une était vierge (obs. 26), deux étaient restées stériles (obs. 28 et 36), une avait eu 1 enfant (obs. 33) ; deux, deux enfants (obs. 27 et 43), une cinq (obs. 31), et enfin une sept enfants (obs. 47).

On peut donc dire que le développement des tumeurs kystiques ne paraît pas empêcher la grossesse, fait bien connu et qui résulte soit de l'apparition plus ou moins tardive de l'affection, soit de son développement unilatéral. Sur les huit ovariotomies doubles que nous avons faites dans cette nouvelle série, deux femmes avaient eu un enfant (obs. 34 et 35), deux autres 2 enfants (obs. 37 et 45), enfin une 10 enfants (obs. 44). Trois fois les femmes étaient restées stériles, mais dans un cas il s'agissait d'une vierge (obs. 46), dans un deuxième cas la jeune fille n'avait eu qu'un seul rapport sexuel (obs. 48), et dans le troisième cas la jeune femme venait de se marier, si bien que dès l'apparition de sa tumeur elle se crut enceinte, comme je l'ai dit plus haut.

Enfin, pour terminer ce qui a trait aux accidents génitaux, nous n'avons trouvé que trois opérées qui aient fait des fausses couches (obs. 29, 30 et 34). Déjà nous avons remarqué combien cette proportion nous paraissait faible, et nous pensions devoir accuser l'insuffisance des observations de notre prémière série. Or, dans cette seconde série, l'attention fut toujours attirée sur ce point, et nous voyons que la proportion n'a pas varié, comme nous le supposions *a priori*.

Le début, ou plutôt l'apparition de la néoformation avant toute intervention chirurgicale curative a été assez variable. Six fois, il ne s'est pas écoulé une année entre le début appréciable du mal et l'opération (obs. 28, 29, 34, 35, 48 et 49). Les interventions les plus hâtives ont eu lieu au cinquième mois dans deux cas (obs. 29 et 34), mais il est très probable que les néoformations s'étaient développées depuis plus longtemps sans que les malades s'en soient aperçues.

Chez cinq malades, les accidents dataient d'une année (obs. 27, 31, 42, 44 et 46); chez trois autres, de 15 (obs. 45), 16 (obs. 36) et 19 à 20 mois (obs. 30). Dans deux cas, la néoformation était apparue deux ans avant l'opération (obs. 38 et 39); dans un autre cas, entre deux et trois ans (obs. 47), quatre fois (obs. 26, 32, 37 et 40) trois années avant. Dans l'observation 33, le début date de quatre ans; il est de cinq ans dans l'observation 43, de cinq à six ans dans l'observation 41. Enfin la tumeur existait depuis neuf années dans l'observation 50.

En résumé, sur ces 25 cas, 11 malades avaient des accidents depuis un an ou moins d'une année, 5 depuis deux ans ou moins de deux années, 5 depuis trois ans ou moins de trois années, 1 depuis quatre ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis cinq à six ans, et enfin 1 depuis neuf années.

Toutes les fois que cela nous a été permis, nous nous sommes efforcés d'opérer aussi près que possible du début apparent du mal, alors bien entendu que le diagnostic était incontestable. Dans deux cas cependant (obs. 43 et 50), l'intervention a été retardée, mais parce que le diagnostic d'ascite avait été accepté à tort et qu'il ne fut abandonné qu'ultérieurement.

Quels sont les principaux phénomènes morbides déterminés par les néoformations de nos malades? Dans quelques cas, le développement du ventre ou la présence d'une tumeur intra-abdominale fut le seul symptôme signalé par les patientes (obs. 29, 34, 37, 43 et 50); le plus souvent, à ce développement du ventre s'ajoutait des douleurs parfois très vives et survenant par crises (obs. 27, 31, 32, 35, 38, 44, 45, 46 et 48).

Deux fois on signale des accidents de péritonisme (obs. 38 et 39) et quatre fois des poussées de péritonite (obs. 26, 36, 40 et 47); or il faut faire remarquer de suite que dans ces cas, sauf dans l'observation 36, on trouva des adhérences fort étendues. Comme je l'ai déjà fait remarquer [1], les poussées de péritonite entraînent donc le plus souvent un pronostic sérieux vu la multiplicité probable des adhérences. Répétons encore ici que l'absence de tout retentissement péritonéal n'indiquent pas fatalement l'absence d'adhérences; mais il est probable qu'elles sont peu étendues. Les observations 34, 37, 43 et 50, déjà signalées, viennent appuyer cette manière de voir, car dans ces divers cas les adhérences étaient nulles ou presque nulles.

Les troubles digestifs sont très fréquents; nous les trouvons notés dans 8 observations (26, 27, 28, 30, 31, 38, 39 et 44), auxquelles on doit ajouter les 4 observations dans lesquelles on a constaté des poussées péritoniques; en tout 12 cas.

Parmi les autres phénomènes morbides produits par les kystes ovariens, il faut noter l'ascite, que nous avons rencontrée six fois (obs. 28, 31, 34, 39, 40 et 47). Nous ne parlons ici que d'une ascite assez abondante et non du léger épanchement de liquide séreux qu'on trouve souvent dans le péritoine et qui ne se révèle que difficilement à l'observateur (obs. 27, 30, 32, 35, 37, 42, 44, 45 46 et 48), soit par suite de sa petite quantité, soit à cause des dimensions considérables de la tumeur kystique. Quand l'ascite est considérable, lorsqu'elle se reproduit après une ou plusieurs ponctions, c'est que l'on a affaire à une tumeur polykystique offrant des végétations extérieures, comme je l'ai déjà signalé [2] et comme vient encore le prouver l'observation

1. *Loc. cit.*, p. 352.
2. *Loc. cit.*, p. 353.

34. Dans ce cas, on fit cinq ponctions évacuatrices de liquide ascitique, et la tumeur de l'ovaire droit offrait des végétations extérieures.

Dans d'autres cas, l'ascite est inflammatoire (obs. 28) et contient des masses pseudo-membraneuses (obs. 39, 40, 47) ; elle peut même s'accompagner de fièvre (obs. 39). On conçoit que le pronostic à déduire de cette complication soit entièrement différent de celui d'une ascite symptomatique de végétations. Enfin, dans une observation, l'ascite inflammatoire résultait de la ponction faite huit jours avant l'opération. En effet, lors de l'opération, on put s'assurer *de visu*, que l'ouverture faite au kyste par le fin trocart explorateur n'était pas oblitérée et que le liquide kystique coloré en brun s'écoulait dans la cavité péritonéale. Du reste, la malade guérit très bien de l'opération.

Notons que cette variété d'ascite inflammatoire est relativement rare, puisque dans notre première série de 25 ovariotomies nous n'en avions pas observé un seul cas, et répétons encore que son pronostic est grave, car sur les 5 cas que nous avons observé nous comptons trois morts par péritonite aiguë.

L'œdème des parois abdominales, œdème dû la plupart du temps au volume considérable du ventre, a été observé quatre fois (obs. 26, 28, 31 et 41). Dans un seul cas il s'accompagnait de varices lymphatiques de l'hypogastre (obs. 41) ; il est vrai que dans cette observation l'œdème envahissait non seulement la paroi abdominale, mais les jambes, les fesses et les reins ; en un mot, la malade était cachectique.

Du reste cet état général grave avec amaigrissement extrême a été noté dans 7 cas (obs. 26, 28, 30, 39, 40, 41 et 47), si bien que dans 4 observations (26, 39, 40 et 47) les malades gardaient le lit depuis un certain temps. Il n'est pas besoin d'insister sur le pronostic d'opérations faites dans ces conditions mauvaises et parfois désespérées ; aussi sur les 7 cas signalés ci-dessus, nous comptons 6 morts.

L'œdème des jambes est mentionné six fois (obs. 28, 32, 35, 36, 39 et 46) ; dans un cas, nous avons dit qu'il envahissait les fesses et le dos (obs. 41) ; enfin une fois il fut douloureux, la malade eut de la *phlegmatia* (obs. 45).

Dans cette deuxième série d'opérations, nous n'avons rencontré que deux fois des phénomènes thoraciques dus à la tumeur ; encore ces accidents étaient-ils bornés à une difficulté mécanique de la respiration, difficulté résultant du refoulement du diaphragme et de la distension du ventre par la masse kystique (obs. 39 et 41).

Signalons encore, parmi les phénomènes morbides dus aux kystes

ovariens, de fréquentes envies d'uriner (obs. 31) et des accidents de rétention d'urine (obs. 48). Nous croyons toutefois que les troubles de la miction sont plus souvent observés que nous ne l'avons noté et qu'il y a là une lacune à corriger dans nos observations futures.

De nos 25 opérées, 24 ont été ponctionnées une ou plusieurs fois, soit que ces ponctions aient été nécessaires pour assurer le diagnostic, ponctions exploratrices; soit qu'il ait fallu les pratiquer pour diminuer momentanément le volume du ventre, en d'autres termes qu'on ait eu recours à une opération palliative.

La ponction a été faite une fois, dans les observations 31, 33, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 48 et 49, en tout 11 cas; deux fois, dans les observations 26, 27, 28, 32, 39, 42 et 47, soit 7 cas; trois fois, dans l'observation 43; quatre fois, dans les observations 40 et 41; cinq fois, dans les observations 30 et 34; enfin neuf fois, dans l'observation 50.

Notons que dans l'observation 34 la ponction, répétée cinq fois, avait pour but non de vider le kyste, mais d'évacuer le liquide ascitique qui se reproduisait incessamment; elle servit aussi à assurer le diagnostic.

Une fois, enhardi par l'innocuité de ces ponctions, faites bien entendu avec les précautions indiquées dans notre première revue [1], nous avons dans une première séance évacué d'abord le liquide ascitique, puis vingt-quatre heures après ponctionné une loge kystique (obs. 40). Dans l'observation 44, ces deux ponctions furent pratiquées dans la même séance, d'abord celle de l'ascite, puis celle d'un lobe de la tumeur. Il n'y eut pas l'ombre d'accident dans les deux cas.

En somme, dans tous ces faits, la multiplicité des ponctions ne détermina d'accidents qu'une seule fois (obs. 31); encore ceux-ci furent-ils légers et n'empêchèrent-ils pas la malade de très bien guérir de son opération.

Je reviens sur ce qui est arrivé chez cette malade : une ponction exploratrice fut faite le 1er octobre 1880 et permit de retirer 1 litre de liquide brunâtre, qui fut analysé de suite. Le lendemain, il y eut quelques vomissements et un peu de fièvre, accidents qui disparurent vite, et au bout de trois jours la malade allait très bien. Toutefois le volume du ventre était un peu augmenté, et on constata la présence d'un léger épanchement ascitique qui n'existait pas avant la ponction. L'opération, faite le 9 octobre, permit de s'assurer que le liquide ascitique était coloré en brun, comme celui qui avait été

1. *Loc. cit.*, p. 357.

retiré par la ponction exploratrice. Or cette coloration résultait du passage du liquide du kyste par l'ouverture faite huit jours avant au moyen du trocart explorateur, ouverture restée béante et par laquelle on voyait suinter le liquide kystique. De plus, le trajet suivi par le trocart explorateur dans l'épaisseur de la paroi abdominale s'était enflammé, et les tissus voisins étaient infiltrés de sérosité purulente. Peut-être y avait-il eu issue de la sérosité kystique dans le tissu cellulaire.

Quoi qu'il en soit, cette non-oblitération de l'ouverture faite au kyste est un accident assez sérieux pouvant déterminer des phénomènes péritonitiques, surtout lorsque l'issue du liquide kystique est abondante, c'est-à-dire lorsqu'on utilise de gros trocarts, comme on le faisait jadis. Il y a donc tout avantage à n'employer que les trocarts de petites dimensions, comme ceux des aspirateurs généralement employés aujourd'hui. Encore vaut-il mieux se servir d'une aiguille ou du plus petit trocart, plutôt que du trocart le plus volumineux, en particulier lorsqu'il s'agit d'une ponction exploratrice. Dans ce cas, en effet, la poche kystique n'est souvent pas entièrement vidée, d'où la possibilité de l'accident que nous venons d'indiquer plus haut.

Une considération assez importante aussi, c'est l'utilité de faire la ponction sur la ligne médiane, au moins autant qu'on le peut. Les tissus qu'on traverse ainsi sont généralement moins épais que sur les parties latérales de l'abdomen; ils sont peu vasculaires et n'exposent pas l'opérateur à embrocher l'artère épigastrique, comme je l'ai vu arriver dans une ponction d'ascite. Enfin, s'il survient des phénomènes inflammatoires sur le trajet de la ponction, si ce trajet tend à suppurer, comme dans notre fait (obs. 31), il suffira après l'ouverture du ventre nécessitée par l'opération, il suffira, dis-je, d'exciser le trajet enflammé et de laver les parties avec la solution phéniquée forte, pour obtenir une réunion parfaite et par première intention.

Je puis donc répéter ici que la ponction est généralement sans danger, qu'il est prudent et souvent nécessaire de l'utiliser dans la plupart des cas; cependant ne pas faire de ponction ne peut être considéré comme une *faute grave* [1], au moins dans certaines circonstances. En voici un exemple (obs. 29) : Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui depuis cinq mois s'aperçoit que son ventre augmente de volume; l'état général est excellent, sauf un peu d'amaigrissement. L'abdomen, assez régulièrement globuleux,

1. S. Duplay, Préface de la traduction de Spencer Wells, p. XI, Paris, 1883.

est sonore dans le flanc droit; la palpation permet de reconnaître l'existence d'une tumeur un peu bosselée, occupant l'hypogastre, l'ombilic, les deux fosses iliaques et le flanc gauche. Cette tumeur est rénitente et fluctuante. Le toucher vaginal indique une mobilité complète de l'utérus. Dans ce cas, le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire paraissait tellement évident, qu'on ne fit pas de ponction avant l'ovariotomie. La malade guérit très bien, malgré une *phlegmatia*, développée quinze jours après l'opération.

Or ces faits ne sont pas très rares; souvent même la multiplicité des lobes de la masse morbide est tellement évidente qu'une erreur de diagnostic est impossible, et, comme l'opération est LA SEULE CHOSE A FAIRE pour guérir la malade, on peut parfaitement intervenir sans ponctionner au préalable.

En résumé, considérer la ponction comme un *crime* (Stilling) est absurde, mais regarder son abstension comme une *faute grave* (S. Duplay) nous paraît une exagération. Il faut se garder des *jamais* et des *toujours*, dans une science d'observation comme la médecine ou la chirurgie. Nous conseillons donc la ponction dans tous les cas où elle peut être de quelque utilité, soit pour soulager les malades, soit pour assurer le diagnostic.

Le mode opératoire que nous avons suivi dans cette deuxième série d'ovariotomies a été toujours le même, en ce sens que nous avons utilisé dans toute sa rigueur la méthode de Lister, et que nous avons abandonné le ou les pédicules dans la cavité abdominale, au moins toutes les fois que cela nous a été possible, c'est-à-dire vingt-quatre fois sur vingt-cinq.

Disons de suite que, tout en utilisant la méthode listérienne, c'est-à-dire en nous servant des solutions et du pansement phéniqués, tout en opérant sous le spray, nous nous sommes toujours astreint à exiger une extrême propreté des éponges, des instruments et des mains des aides et de l'opérateur. Si, en effet, nous sommes grand partisan de la méthode du professeur Lister, c'est à la condition qu'elle ne dispense pas de prendre toutes les précautions possibles au point de vue d'une exquise propreté opératoire.

J'ai dit que, toutes les fois qu'il nous a été possible, nous avons fait la ligature du ou des pédicules, et qu'ils ont été de suite réduits et abandonnés dans la cavité abdominale, méthode que nous avions déjà utilisée avec cinq succès, sur six cas de notre première série [1].

Une seule fois (obs. 26) les deux ligatures placées sur le pédicule ont été faites au catgut; dans les autres opérations, on s'est servi

1. *Loc. cit.* p., 359.

de soie trempée dans la solution phéniquée forte, c'est-à-dire au 20e.

On conçoit que le nombre des ligatures appliquées sur le ou les pédicules soit variable et résulte surtout de la largeur de ces pédicules. Le plus souvent, deux ligatures suffisent (obs. 27, 28, 29, 33, 36, 38, 40, 41 et 47); parfois il en faut trois (obs. 30, 32 et 50), rarement quatre (obs. 31).

Lorsqu'on fait une double ovariotomie, d'ordinaire il suffit aussi de 2 ligatures pour chaque ovaire (obs. 34, 35, 37 et 48); quelquefois on place 3 et 4 ligatures sur le pédicule du kyste (obs. 44 et 46), alors que le pédicule du second ovaire ne nécessite qu'une double ligature.

Enfin, dans certains cas, les choses sont plus complexes et résultent souvent alors de l'*inclusion des kystes dans l'épaisseur des ligaments larges :* telles sont les observations 39, 42, 43, 45 et 49. Nous reviendrons sur ces faits spéciaux, mais dès maintenant nous pouvons dire qu'ils nécessitent une multiplicité plus grande de ligatures, le ou les pédicules kystiques étant en quelque sorte dédoublés, comme nous l'avons déjà signalé à la Société de chirurgie [1].

Dans toutes ces ligatures, nous avons suivi la méthode qui consiste à rendre chaque anse de fil dépendante de l'anse voisine; en d'autres termes, nous avons fait la ligature en chaîne, préconisée par Thorthon. Nous n'avons jamais étreint le pédicule avec une seule ligature, pour éviter le glissement du fil et par conséquent des accidents graves d'hémorrhagies, accidents auxquels on est fatalement exposé si l'on ne prend pas ces précautions.

L'agent constricteur a été presque toujours du fil de soie trempé dans la solution phéniquée forte; nous l'avons préféré au catgut, parce qu'il est plus facile à manier et surtout parce qu'on peut mieux serrer les tissus compris dans l'anse de la ligature. Toutefois, lorsque le catgut est très souple et suffisamment résistant, on peut l'utiliser avec profit, comme le fait toujours notre excellent ami et collègue M. Just Championnière.

Voyons maintenant les cinq ovariotomies qui ont nécessité un manuel opératoire en quelque sorte spécial.

Dans l'observation 39, les adhérences à l'épiploon, à l'intestin et au cœcum étaient étendues, le kyste offrait un large et court pédicule répondant au côté droit de l'utérus. Deux ligatures de soie disposées en chaîne furent placées sur l'angle utérin droit; trois autres ligatures furent placées sur le ligament large, au-dessous de la trompe très largement dilatée et œdématiée. Les ligatures appliquées sur l'angle utérin cédèrent, d'où la nécessité de lier deux

1. Séance du 4 juillet 1883.

artères utérines et de faire une suture en surjet avec du fin catgut sur le bord supérieur voisin du ligament large, dans le but d'éviter une hémorrhagie ultérieure.

Ici donc, pas encore d'inclusion dans le ligament large, mais large adhérence du kyste à tout le bord supérieur de ce ligament et à l'angle utérin, d'où en fait deux pédicules, un interne utérin, l'autre externe utéro-ovarien formé par le ligament large.

Dans l'observation 42, la tumeur, située à droite, était retenue en dedans par un pédicule, saisi et sectionné entre deux pinces : c'était le pédicule utérin. Un lobe profondément placé dans le cul-de-sac recto-utérin y adhérait fortement. Enfin il y avait un second pédicule externe, qui fut lié et sectionné : c'était le pédicule utéro-ovarien.

Donc deux pédicules, l'un interne utérin, l'autre externe ou utéro-ovarien, qui durent être liés tous deux. De plus, les adhérences du cul-de-sac utéro-rectal s'accompagnaient très certainement d'un dédoublement de la partie supérieure du ligament large droit, ce qui explique la séparation du pédicule en deux faisceaux; notons toutefois que la remarque n'en a pas été faite lors de l'opération.

Le dédoublement par inclusion du kyste dans le ligament large est incontestable dans l'observation 43.

Après avoir vidé la grande loge kystique, on trouve vers le bassin un gâteau polykystique qui paraît enclavé et adhérent. De gros vaisseaux situés à gauche d'une masse kystique sont saisis par deux pinces en T et sectionnés entre ces pinces. C'était le pédicule utéro-ovarien; il fut lié plus tard. Le kyste principal est alors ponctionné et vidé, ce qui permet de mieux agir dans le bassin. La lame péritonéale du ligament large qui se prolonge sur la masse polykystique est ouverte, et celle-ci est peu à peu énucléée. En bas et à gauche, la tumeur, qui pénètre profondément dans le bassin, est isolée à l'aide des ciseaux, et on arrive à des vaisseaux qu'on coupe entre deux ligatures. Le kyste multiloculaire ainsi libéré est amené au dehors. Le pédicule de l'angle gauche de l'utérus est lié avec deux fils de soie disposées en X; ce qui permet d'enlever la tumeur. On applique alors deux ligatures de soie sur le pédicule utéro-ovarien.

Donc : section du pédicule utéro-ovarien, qui est lié ultérieurement; ponction d'une loge, ouverture de la lame péritonéale du ligament large, énucléation du kyste avec les doigts et des ciseaux, formation d'un pédicule interne ou utérin, qui, lié et sectionné, permet d'enlever la tumeur. C'est là un type très net d'inclusion dans le ligament large.

Un autre type plus complexe est celui de l'observation 45.

Après avoir détruit des adhérences intestinales et ponctionné une loge kystique, on introduit la main dans la cavité abdominale, et l'on constate l'existence de masses polykystiques des deux ovaires, masses très largement unies aux deux ligaments larges et à l'utérus. On attaque la masse gauche, sur laquelle on voit la trompe et de gros vaisseaux; ceux-ci sont sectionnés entre deux ligatures en soie. En déchirant les tissus et en évacuant successivement les diverses loges kystiques, on énuclée peu à peu et de dehors en dedans la masse polykystique qui plonge dans le ligament large. Les adhérences internes à l'angle utérin sont contournées avec le doigt, et on y place un fort fil de soie avant de les sectionner. Ainsi isolée, la masse morbide est enlevée.

A droite, on tente aussi l'énucléation après ponction et ouverture de diverses loges kystiques. Cette énucléation, fort difficile, vu les adhérences, se fait soit avec les doigts, soit avec des ciseaux mousses. En dehors, on trouve une sorte de pédicule vasculaire qui est saisi et lié; il est probablement formé par les vaisseaux utéro-ovariens. En arrière, il existe de si intimes adhérences avec le rectum, qu'une partie de la tunique musculeuse externe de cet intestin est déchirée et reste sur la paroi du kyste; toutefois on finit par libérer le rectum, dont plusieurs artérioles doivent être liées. La masse polykystique droite tient encore au bord et à l'angle droit de l'utérus, et il est impossible de l'en séparer. Nous fûmes donc obligé de passer à la base de cette masse deux broches en X et une anse de fil de fer, qui, suffisamment serrée à l'aide du ligateur Cintrat, permit de faire un pédicule avec le kyste et les adhérences utérines.

En somme : à gauche, ligature du pédicule utéro-ovarien, énucléation de toute la masse polykystique, qui tient encore par le pédicule utérin, qu'on lie et coupe en dernier lieu.

A droite, mêmes manœuvres, plus difficiles, parce que le kyste était plus adhérent et que le pédicule vasculaire utéro-ovarien était moins net. Toutefois on lie ce pédicule externe, mais on ne peut dissocier les adhérences au bord et à l'angle droits de l'utérus. Il fallut donc faire avec la tumeur un pseudo-pédicule, qui fut maintenu au dehors. Le succès couronna d'ailleurs cette laborieuse opération.

Enfin, la 49e observation offre encore un exemple très net du dédoublement des lames d'un ligament large par la masse morbide.

Le pédicule de la tumeur est fort large, car la masse polykystique pénètre en bas dans les lames dédoublées du ligament large droit. Les vaisseaux utéro-ovariens sont pris entre deux pinces courbes

(modèle Terrier) et sectionnés; le kyste est alors séparé d'adhérences épiploïques et intestinales, puis énucléé avec les doigts des lames du ligament large. Cette énucléation est poursuivie jusqu'à l'angle supérieur de l'utérus; là existe un pédicule vasculaire, qui est saisi et sectionné entre deux pinces courbes; le kyste est alors enlevé. On lie ensuite les pédicules externe et interne avec deux fils de soie phéniqués et croisés en X. Des vaisseaux du ligament large dédoublé saignent beaucoup et sont liés avec du fil de soie fin. On fait ainsi plus de six ligatures.

Ici encore, section du pédicule utéro-ovarien, qui est lié plus tard; énucléation du kyste et formation d'un pédicule interne, qui est sectionné et lié ultérieurement.

En fait, dans ces divers cas, le mode opératoire a notablement varié, quoique d'ailleurs soumis à de grandes règles de conduite, à savoir : 1° la formation de pédicules multiples, un externe utéro-ovarien et un interne utérin; 2° l'énucléation de la tumeur soit avec les doigts, soit avec des instruments mousses, soit même avec des instruments tranchants, auquel cas il faut autant qu'on le peut sectionner les vaisseaux entre deux ligatures ou bien appliquer de suite des pinces hémostatiques sur leurs ouvertures.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, ces règles, déjà indiquées par nous à la Société de chirurgie sont essentiellement générales et comportent fatalement des exceptions, surtout dans leur détail d'application, et cela quoi qu'on ait pu dire. L'observation 45 en est un exemple frappant : d'un côté, les règles que nous venons d'indiquer ont pu être suivies; de l'autre, il fut impossible de s'y conformer, parce que le pédicule utéro-ovarien était lui-même dissocié et que d'autre part les adhérences utérines étaient intimes. Il a donc fallu recourir à l'ancienne méthode de pédiculisation du kyste et maintenir ce pédicule à l'extérieur.

La durée des opérations est en rapport, avons-nous déjà dit [1], avec les difficultés opératoires, la présence de deux kystes ovariques et surtout aussi avec l'habileté du chirurgien. Dans cette deuxième série, en effet, les opérations ont été rapidement conduites, car 16 fois elles ont duré moins d'une heure, soit : 25 et 26 minutes (obs. 37 et 48), 30 minutes (obs. 36, 38, 44 et 50), 33, 35 et 36 minutes (obs. 34, 35, 42, 46, 47 et 33), 45 minutes (obs. 31), 50 minutes (obs. 41 et 43) et enfin 55 minutes (obs. 40).

De une heure à une heure et demie de durée, nous comptons 7 ob-

1. *Loc. cit.*, p. 359.

servations soit : 1 heure (obs. 27), plus d'une heure (obs. 28 et 30), une heure 10 (obs. 39), une heure 15 (obs. 32 et 49), enfin 1 heure 20 (obs. 45). Dans un seul cas (obs. 26), l'opération dura 2 heures. Une fois le temps n'a pas été noté (obs. 29).

A ce propos, on nous permettra une remarque laissée un peu trop systématiquement dans l'ombre par les opérateurs : c'est le rôle souvent important que jouent les aides pour abréger la durée de l'opération, et nous ne saurions adresser trop de remerciements à nos collègues et amis MM. Just Championnière, Ch. Périer et P. Berger, qui nous aident habituellement.

Dans notre première série, la durée moyenne de l'opération étant de une heure et demie environ, elle est tombée ici à moins d'une heure.

Nous nous sommes déjà demandé si l'on pouvait établir une relation entre la gravité du pronostic opératoire et la durée de l'intervention chirurgicale, et cette question a été résolue en partie par l'affirmative dans notre premier mémoire [1]. Ici, sur les neuf décès, l'opération a duré 4 fois plus d'une heure (2 heures, obs. 26 ; plus d'une heure, obs. 28, 30, 39) ; dans le 5e cas, elle dura 50 minutes (obs. 41). Enfin quatre fois l'intervention avait été rapide, car elle était terminée au bout de 30 (obs. 38 et 44) et de 35 minutes (obs. 42 et 47).

On peut donc répéter que la longue durée de l'opération est un élément qui doit entrer en ligne de compte dans la gravité du pronostic ; mais il faut ajouter que la proposition inverse n'est pas absolument exacte, en ce sens qu'il peut survenir de graves accidents après une opération très rapidement exécutée (obs. 38, 42, 44 et 47).

Nous avons dit que l'opération peut être de plus longue durée, à cause des complications opératoires ; or, parmi celles-ci, il faut noter les adhérences, soit aux parois abdominales, soit à l'épiploon, soit enfin aux viscères voisins.

Dans nos 25 nouvelles observations, les adhérences ont encore été presque la règle, car nous les trouvons notées 18 fois.

Les adhérences à la paroi abdominale antérieure sont toujours les plus ordinaires ; elles ont été rencontrées 15 fois (obs. 26, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 41, 43, 47, 49 et 50), tantôt très étendues (obs. 26), tantôt au contraire peu importantes. Après ces adhérences et par ordre de fréquence, il faut noter celles de l'épiploon, observées 10 fois (obs. 26, 28, 30, 31, 38, 39, 40, 41, 47 et 49) [2]. Notons

1. *Loc. cit.*, p. 360.
2. Nous les avions observées aussi 10 fois dans nos 25 premières opérations, *loc. cit.*, p. 360.

que, toutes les fois que ces adhérences nécessitaient l'emploi de pinces hémostatiques ou en T, nous avons fait ultérieurement des ligatures soit avec du catgut fin, soit le plus souvent avec de la fine soie phéniquée, ligatures qui ont toujours été abandonnées dans la cavité abdominale.

Les adhérences intestinales, beaucoup plus sérieuses et toujours très vasculaires, sont signalées dix fois : quatre fois à l'intestin grêle (obs. 26, 41, 45 et 49), une fois au méso-côlon (obs. 30), trois fois au gros intestin (obs. 33, 39 et 40), une fois à l'appendice cœcal (obs. 49) et enfin une fois au rectum (obs. 45). Dans une observation, le kyste était très adhérent au cul-de-sac recto-utérin (obs. 42) ; enfin, dans un autre cas, c'était avec la trompe du côté opposé que la tumeur avait contracté des adhérences (obs. 50).

Dans un cas (obs. 29), l'existence ou la non-existence des adhérences n'a pas été notée ; enfin six fois (obs. 27, 34, 36, 44, 46 et 48) la tumeur polykystique était entièrement libre dans la cavité abdominale.

Nous ferons remarquer de suite que l'inclusion du kyste ou d'une partie du kyste dans le dédoublement du ligament large correspondant ne peut être regardée comme une adhérence, ainsi qu'on l'a écrit. Il s'agit dans l'espèce d'une véritable disposition anatomique résultant du mode de développement de la tumeur, disposition qui ne nécessite pas le moindre phénomène pathologique, comme le fait fatalement une adhérence.

L'existence des adhérences influe-t-elle sur le résultat opératoire? Nous croyons devoir répondre par l'affirmative ; en effet, sur nos neuf décès, nous avons 4 observations où il existait des adhérences pariétales, épiploïques et à l'intestin (obs. 26, 41, 30 et 39) ; dans 2 autres cas, il existait des adhérences pariétales et épiploïques (obs. 28 et 47) ; enfin, dans un cas, la tumeur adhérait au cul-de-sac recto-utérin (obs. 42). Sept fois donc sur neuf, il y avait des adhérences étendues, entraînant fatalement un plus grand traumatisme. Mais ici, comme pour la durée de l'opération, dont les adhérences constituent un facteur, on peut voir survenir des accidents mortels, alors qu'il n'y a que des adhérences épiploïques non exagérées (obs. 38), ou bien même lorsqu'il n'y a pas du tout d'adhérences, comme dans l'observation 44. Nous avions signalé un fait analogue dans notre première série [1].

En résumé, lorsqu'elles ne sont pas trop étendues, les adhérences peuvent être vaincues avec succès ; mais, dans le cas contraire, elles

1. *Loc. cit.*, p. 361.

constituent un élément important d'insuccès opératoire, surtout lorsqu'elles siègent dans le bassin ou qu'elles portent sur une certaine longueur de l'intestin grêle ou du gros intestin.

Comme dans notre première série, presque toutes les tumeurs que nous avons enlevées étaient des kystes multiloculaires types, offrant tantôt des masses polykystiques très multipliées, tantôt de grosses poches faciles à évacuer pendant l'opération. Dans un seul cas (obs. 34) l'un des kystes, le plus volumineux, offrait des végétations extérieures d'où l'ascite persistante qui avait nécessité 5 ponctions.

Une seule fois, le kyste était uniloculaire et dermoïde (obs. 38); enlevé il pesait 1 kilogramme et renfermait une énorme quantité de matière sébacée mêlée de poils très fins, provenant de la face interne du kyste.

Dans l'observation 45, nous retrouvons bien mentionnée l'existence de matière sébacée dans la masse polykystique droite; mais les caractères cliniques de la tumeur sont ceux des kystes multiloculaires. Nous avons signalé déjà un fait analogue dans notre première série de 25 ovariotomies (obs. 6) [1].

En résumé, 23 fois sur 25 cas, il s'agissait de kystes multiloculaires types, kystes si bien décrits et si bien étudiés par MM. Malassez et de Sinety.

La nature de la tumeur de l'observation 42 mérite de nous arrêter quelques instants. Dans ce cas en effet, quoique présentant tous les symptômes d'un kyste multiloculaire, la masse morbide pouvait être considérée comme solide au point de vue opératoire, car on dut l'extraire en masse, les ponctions répétées pénétrant dans des poches de très petites dimensions et ne diminuant en aucune façon le volume de la tumeur.

L'examen histologique de cette production fut fait au Collège de France par M. Gilson, sous la direction de M. Malassez; en voici un résumé :

Les coupes présentent à considérer l'enveloppe de la tumeur et la tumeur elle-même.

L'enveloppe offre une mince couche de cellules polygonales représentant le feuillet péritonéal, et au-dessous existe un tissu fibreux très épais, sans fibres élastiques.

Quant à la tumeur, elle présente trois aspects selon les points où on l'examine.

1. *Loc. cit.*, p. 361.

Lorsque la coupe tombe sur un point où existent des kystes, on voit des cavités régulières, tapissées par un épithélium pavimenteux et remplies de globules blancs, séparées les unes des autres par un fin réticulum fibrineux. Autour de ces cavités kystiques, le tissu cellulaire est devenu fibreux. A côté de ces kystes existent d'autres cavités en forme de boyaux et tapissées de cellules polyédriques qui en certains points forment plusieurs couches et tendent à remplir la cavité du boyau.

Dans d'autres parties de la tumeur, on ne voit que du tissu cellulaire embryonnaire (tissu sarcomateux), traversé çà et là par des travées fibreuses et des vaisseaux qui offrent leurs parois altérées par la prolifération de leur tunique interne. Dans ce tissu sarcomateux existent des taches blanches réfringentes, qui ne sont autres que des noyaux de dégénérescence caséeuse, car ils ne sont pas colorés en noir par l'acide osmique.

Enfin, dans une troisième partie de la tumeur, nous voyons un tissu qui ressemble beaucoup à celui du carcinome ; c'est un tissu conjonctif adulte, circonscrivant des cavités irrégulières, contenant des cellules arrondies, de volume intermédiaire entre les cellules embryonnaires et les cellules épithéliales vraies. Ces cellules offrent les caractères du sarcome et du carcinome, fait vérifié par M. Malassez. On n'aurait donc pas affaire à une tumeur kystique par néoformation épithéliale, ni à une tumeur kystique par néoformation fibro-sarcomateuse ; ce serait un état *intermédiaire* entre ces deux tumeurs.

Ces tumeurs, qui ont été décrites par Billroth sous le nom de *sarcome alvéolaire*, auraient leur analogie dans le tissu normal de l'ovaire du fœtus ; quoi qu'il en soit, il est bien certain qu'il s'agit là d'une néoformation différente de l'épithélioma myxoïde, néoformation dont le pronostic clinique doit être aussi différent. Malheureusement nous n'avons pu suivre cette opérée, qui a été emportée rapidement par une péritonite aiguë et suppurée. Peut-être la nature de la tumeur, qui offrait des adhérences du côté du bassin, a-t-elle été pour quelque chose dans l'issue funeste de l'opération.

Le siège des productions kystiques est assez important à noter. 10 des kystes multiloculaires s'étaient développés du côté gauche (obs. 27, 28, 32, 35, 36, 37, 41, 43, 47 et 50), 8 du côté droit (obs. 26, 31, 34, 39, 40, 42, 46 et 49) ; dans 4 cas, le siège de la tumeur n'a pas été noté ; dans 2 cas (obs. 45 et 48), les kystes siégeaient des deux côtés ; enfin le kyste dermoïde s'était développé à droite.

On peut donc répéter ici les remarques que nous avons déjà formulées dans notre première série [1], savoir que les kystes multilo-

1. *Loc. cit.*, p. 362.

culaires paraissent un peu plus fréquents à gauche qu'à droite, et que les kystes dermoïdes semblent siéger au contraire de préférence du côté droit.

Notons que dans 6 observations (obs. 34, 35, 37, 44, 46 et 49) le second ovaire suspect ou manifestement kystique a été extirpé.

Le poids des tumeurs enlevées est fort variable, comme on le conçoit bien, et résulte à la fois des liquides et des solides qu'elles contiennent.

Les plus volumineuses tumeurs pesaient 23 kilogrammes (obs. 26), 18 kilogrammes (obs. 30), 14 kilogrammes (obs. 41), de 10 à 12 kilogrammes (obs. 43), 11 kilogrammes (obs. 35), 10 kilogrammes (obs. 40, 46 et 49), 9 k. 250 (obs. 47). Parmi celles qui pesaient le moins, on peut citer les observations 39 (2 k. 500), 28 et 38 (3 k. 500), 42 (4 k. 500).

Mais, dans ces évaluations, il faut tenir aussi un certain compte des proportions de matières solides sur les liquides, proportions qui peuvent être presque égales, par exemple dans l'observation 26 (12 500 grammes de liquide et 10 500 de solides), ou au contraire fort différentes, par exemple dans l'observation 50 (18 litres de liquide pour 570 grammes de matières solides). Nous avons déjà dit que, dans l'observation 42, la tumeur était entièrement ou presque entièrement solide et pesait 4 500 grammes.

Dans 8 observations, le poids de la masse morbide n'a pas été noté (obs. 27, 31, 34, 36, 43, 44, 45 et 48). Il a été consigné avec soin dans les 17 autres cas, comme l'indique le tableau suivant :

Obs. 26,	12 500	gr. de liquide et	10 500	gr. de solides.
— 28,			3 500	—
— 29,	6 000	—	1 300	—
— 30,	10 000	—	8 000	—
— 32,	12 000	—	8 500	—
— 33,	3 000	—	3 500	—
— 35,	8 000	—	3 000	—
— 37,	3 000	—	1 800	—
— 38,	2 500	—	1 000	—
— 39,	600	—	900	—
— 40,	5 000	—	5 000	—
— 41,	7 000	—	7 000	—
— 42,			4 500	—
— 46,	8 000	—	1 800	—
— 47,	7 000	—	2 250	—
— 49,	6 000	—	4 500	—
— 50,	18 000	—	570	—

En somme, ces divers éléments sont utiles à connaître, en ce sens que, par leur lecture, on peut se rendre assez bien compte de la

nature de la tumeur enlevée. Le poids des liquides et des éléments solides est-il égal ou à peu près, on peut conclure qu'il s'agissait d'une masse polykystique à loges assez larges ; y a-t-il une énorme différence entre les deux poids, c'est que la tumeur était ou presque solide (obs. 42) ou presque liquide (obs. 50).

Nous arrivons à la partie la plus importante de ce travail, celle qui a trait aux insuccès et de laquelle nous nous efforcerons de tirer quelques enseignements cliniques.

Dans cette deuxième série d'ovariotonies, la proportion des insuccès a été relativement considérable, puisque nous comptons 16 guérisons et 9 morts, alors que dans notre première série, nous avions eu 22 succès et 3 morts seulement.

Avant toute explication plausible de cette différence dans les résultats obtenus, nous allons examiner brièvement les observations des opérées qui ont succombé, insistant surtout sur les cas dans lesquels l'autopsie a pu être faite.

Obs. XXVI (résumée). — Mlle M.... (de Moulins), cinquante-deux ans, a passé la ménopause depuis deux ans ; le kyste date de trois ans et a déterminé des accidents péritonitiques et de vives douleurs; on a fait deux ponctions peu efficaces, car le liquide est visqueux et coule très peu.

L'abdomen est énorme (131 centimètres de circonférence) et presque rempli totalement par la tumeur. La malade est fort amaigrie et faible.

L'opération, difficile vu des adhérences considérables à la paroi abdominale antérieure, à l'épiploon et à l'intestin grêle, a duré deux heures.

La tumeur pesait près de vingt-trois kilogrammes.

La mort survint au bout de trente-six heures, sans phénomène de péritonite et en quelque sorte par épuisement.

L'autopsie n'a pu être faite. Notons qu'au moment de la mise en bière le ventre était à peine ballonné, ce qui confirme l'opinion formulée sur la cause probable de la mort, cause autre qu'une péritonite.

Obs. XXVIII (résumée). — Mme Lerendu, née Calbot, cinquante-deux ans; ménopause depuis onze ans; l'affection date de six mois au moins et a marché vite.

L'abdomen a 115 centimètres de circonférence; l'état général est mauvais; souffle cardiaque. On a fait deux ponctions.

L'opération, pénible, a duré plus d'une heure; adhérences nombreuses à la paroi et surtout au grand épiploon. Pendant l'opération on remarque l'hyperhémie du péritoine pariétal et viscéral, ce qui explique l'ascite assez abondante constatée lors de l'ouverture du ventre.

Des accidents de péritonite caractérisés surtout par des vomissements verts et de la dyspnée, apparaissent au bout de quarante heures, et la malade meurt trois jours et demi après l'opération.

Autopsie, faite trente-six heures après la mort. — La décomposition

cadavérique est déjà fort avancée ; le ventre est très ballonné. Il faut noter que la température ambiante est élevée (32° centigrades).

L'estomac, distendu, renferme de la bile et des gaz. Les intestins (petit et gros) sont injectés ; leur séreuse est dépolie, et quelques anses d'intestin grêle sont adhérentes entre elles et unies par un exusdat blanchâtre, renfermant même du pus crémeux vers l'ombilic.

Sérosité sanguinolente dans le ventre. Un peu de sang épanché au niveau de la section du pédicule, qui d'ailleurs adhère à l'S iliaque.

Pas de sérosité louche ou purulente vers le bassin.

Poumon congestionnés, adhérences pleurales étendues à droite, cœur flasque et gras, sans lésions valvulaires. Reins gras et congestionnés, foie très gras et hyperhémié.

En fait, *péritonite généralisée* offrant quelques points *suppurés* juste derrière la suture de la paroi abdominale. Notons que la péritonite ne paraît pas avoir pris naissance vers le bassin, ni vers le pédicule du kyste adhérent à une portion de l'S iliaque.

Obs. XXX (résumée). — Mme Brachet, quarante-sept ans, ménopause depuis deux ans, deux métrorrhagies ; début depuis dix-neuf à vingt mois ; on a fait cinq ponctions. L'état général est mauvais, l'abdomen volumineux : 110 centimètres de circonférence.

L'opération est longue, dure plus d'une heure, il y a des adhérences à la paroi abdominale, à l'épiploon et au méso-côlon transverse.

Accidents de péritonite aiguë n'apparaissant qu'au bout de trente-six heures et entraînant la mort le quatrième jour après l'opération.

Autopsie, vingt-sept heures après la mort. — Intestin très distendu par des gaz ; dans la partie supérieure de l'abdomen, les anses sont légèrement dépolies mais, dans la région sous-ombilicale la séreuse est très injectée, poisseuse, ecchymosée même par points. Les lésions de la péritonite adhésive sont plus accentuées sur les anses situées au contact de la plaie abdominale ; plusieurs même adhèrent à ce niveau à la paroi. Le péritoine pariétal est dépoli et ecchymosé.

L'excavation pelvienne est remplie de sérosité sanguinolente, mais ne paraît pas renfermer de pus.

Les autres organes sont sains. Il existe un myome de l'utérus.

Dans ce cas, la *péritonite exsudative* et non suppurée, paraît plus accentuée du côté du petit bassin, c'est-à-dire du côté du pédicule.

Obs. XXXVIII (résumée). — Mme Briffard, quarante-quatre ans, réglée régulièrement, début depuis deux ans, une ponction a été faite. Tumeur assez volumineuse : 90 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; santé ébranlée.

Opération facile, ne durant que trente minutes ; il y avait de nombreuses adhérences à l'épiploon. C'était un kyste dermoïde.

Accidents de péritonite au bout de trente-six heures, caractérisés surtout par de l'oppression et fort peu de douleur ; pas de vomissements.

Autopsie. — La suture abdominale n'est pas complètement réunie

vers son milieu; en haut, au-dessous du premier point de suture, il y a un petit abcès. Le péritoine de la paroi abdominale antérieure est rouge et congestionné; il adhère en quelques points aux anses intestinales.

L'épiploon congestionné est recouvert par du pus à sa partie supérieure; la ligature qu'on y a faite est entièrement cachée par un exsudat et n'offre pas de suppuration.

Accolement des anses intestinales distendues par des gaz; l'S iliaque adhère au pédicule du kyste. A gauche, il y a du pus entre les anses intestinales. Sérosité dans le petit bassin, sanguinolente en arrière de l'utérus, purulente en avant de cet organe.

Congestion des poumons, cœur gras; péri-hépatite et foie gras; reins congestionnés.

Dans ce cas la *péritonite* est *suppurée* par places et ne semble pas s'être développée soit au niveau de la ligature épiploïque, soit au niveau du pédicule, car les fils qui y avaient été placés étaient déjà entourés d'un exsudat plastique non suppuré.

Obs. XXXIX (résumée). — Mme D..., de Malesherbes, cinquante-deux ans, réglée irrégulièrement, début depuis deux ans; deux ponctions. Abdomen volumineux : 111 centimètres de circonférence ombilicale; l'état général est très mauvais, il y a une ascite inflammatoire et de la fièvre; la malade ne peut quitter le lit.

Opération longue (une heure dix); adhérences à la paroi, à l'épiploon et au gros intestin (cœcum et colon ascendant et descendant). Très large pédicule.

Péritonite aiguë, rapidement développée, avec vomissements et surtout énorme distension du ventre par les gaz; une ponction faite au niveau de l'estomac permet d'évacuer des gaz et soulage la malade. Toutefois les accidents péritoniques persistent, et la mort survient à la fin du troisième jour.

On n'a pu faire d'autopsie, mais ici encore la *péritonite* n'est pas discutable.

Obs. XLI (résumée). — Mme Silender, quarante-neuf ans; la tumeur paraît dater de cinq à six ans, mais elle s'est développée surtout dans ces derniers mois; état général mauvais, ventre énorme : 146 centimètres de circonférence, œdème du ventre, de la vulve, des membres inférieurs et du dos; pas de fièvre; quatre ponctions.

L'opération, assez pénible, vu les adhérences à la paroi, à l'épiploon et à l'iléon, a duré presque une heure (cinquante minutes).

Cinq jours après l'opération, phénomènes de congestion pulmonaire; deux jours après, diarrhée persistante, avec fièvre, épanchement pleural à gauche. Mort au quatorzième jour.

Autopsie. — La plaie abdominale est parfaitement réunie; la paroi abdominale adhère aux viscères sous-jacents; 1/4 de litre de sérosité sanguinolente existe dans l'abdomen. Tous les viscères semblent unis entre eux

par suite de péritonite adhésive, sans traces de suppuration, les adhérences laches et faciles à rompre, permettent d'isoler les anses de l'intestin grêle et du gros intestin, très distendus par des gaz. L'estomac, adhérent au foie et au diaphragme, est très dilaté.

Dans le petit bassin, on retrouve le pédicule; les fils à ligature ont presque disparu, recouverts par l'exsudat plastique qui existe entre la partie supérieure libre et la partie inférieure de ce pédicule.

Le foie est gras, les reins sont un peu adhérents à leur enveloppe.

A gauche, il existe un épanchement séreux dans la plèvre.

Le poumon droit est fortement congestionné. Le cœur est gras.

Les lésions thoraciques sont, on le voit, assez graves pour expliquer l'issue funeste; de plus il existait une véritable *péritonite adhésive* généralisée.

Obs. XLII (résumée). — Mme Bourgoin-Lebègue, quarante-six ans, troubles menstruels et métrorrhagies; tumeur datant d'une année, deux ponctions exploratrices. Tumeur de moyenne dimension : 87 centimètres de circonférence ombilicale. L'état général est médiocre.

L'opération a été rapidement faite (35′), adhérences dans le cul-de-sac recto-utérin; deux pédicules, l'un utérin et l'autre utéro-ovarien, tous deux réduits.

Développement rapide d'une *péritonite aiguë;* mort au bout de soixante-trois heures.

Autopsie. — Réunion de la plaie abdominale. Congestion du péritoine qui recouvre les intestins; les anses dilatées sont réunies par un exsudat ou des fausses membranes; pus sur le mésentère et derrière la paroi abdominale au niveau d'un point de suture (le deuxième en comptant de haut en bas); sérosité sanguinolente dans le cul-de-sac utéro-rectal, dont les parois sont vascularisées, ecchymosées et dépouillées même de revêtement péritonéal dans leur plus grande étendue.

Les pédicules sont intacts et les fils plongés dans un exsudat fibrineux qui les cache. Utérus avec un fibrome; reins congestionnés. Le deuxième ovaire est sain.

Nous avons déjà dit que la tumeur enlevée offrait une structure toute spéciale, qui la rapprochait des sarcomes.

Obs. XLIV (résumée) — Mme Rufflé, quarante-quatre ans, bien réglée; la tumeur, pas très volumineuse, daterait d'une année. On fait deux ponctions dont une évacue du liquide ascitique visqueux. L'état général fut très modifié peu de temps avant l'opération par un violent chagrin.

L'opération fut très simple et dura trente minutes. Le deuxième ovaire kystique dut être enlevé. On remarqua l'état granuleux du péritoine.

Accidents rapides de *péritonite suraiguë*, qui emporte l'opérée au bout de trente-six heures.

Autopsie. — Liquide séro-purulent dans l'abdomen; le péritoine des anses intestinales et celui de la paroi sont congestionnés et même ecchymosés.

Il y a presque 1/4 de litre de pus dans le bassin, autour de l'utérus et de ses annexes, sans qu'on puisse savoir si la suppuration s'est primitivement développée de ce côté.

Foie normal, traces de périsplénite, reins adhérents à leur capsule fibreuse. Congestion pulmonaire double. Altérations de la valvule mitrale.

Obs. XLVII (résumée). — Mme H...., de Paris, soixante-cinq ans, tumeur datant de deux ou trois ans, accidents de péritonite répétés, deux ponctions. L'état général est très sérieux, la malade ne se lève plus, pas de fièvre, tuméfaction du ventre assez considérable : 97 centimètres de circonférence.

Opération rapide en trente-cinq minutes. Collapsus après l'opération, traité par des injections d'éther; accidents de péritonite au troisième jour, qui marchent d'une façon lente et insidieuse, donnent lieu à des vomissements fécaloïdes, comme dans l'étranglement interne.

Mort au sixième jour ; l'autopsie n'a pu être faite.

Un premier fait qui peut frapper le lecteur, c'est que dans tous ces cas les opérées avaient plus de 40 ans, soit : 44 ans (obs. 38 et 44), 46 ans (obs. 42), 47 ans (obs. 30), 49 ans (obs. 41), 52 ans (obs. 26, 28 et 39) et enfin 65 ans (obs. 47). Quatre fois les malades n'étaient plus réglées (obs. 26, 28, 30 et 47).

L'ancienneté de la tumeur ne peut être prise en sérieuse considération ; dans deux cas seulement elle paraissait dater de 3 ans (obs. 26) ou de 5 à 6 ans (obs. 41). Notons même que son développement rapide a été noté près de 5 fois (obs. 26, 28, 30, 39 et 42).

Dans la plupart des cas, c'est-à-dire 5 fois sur 9, l'état général des malades était mauvais (obs. 26, 28, 30, 39, 41), et l'opération se faisait dans de détestables conditions ; la santé était des plus médiocres dans 3 autres cas (obs. 38, 42 et 47) ; enfin une seule fois on ne pouvait rien dire de l'état général, si ce n'est que, peu de temps avant l'opération, la malade avait éprouvé une vive émotion suivie d'un chagrin profond (obs. 44).

La tumeur était volumineuse dans les observations 26, 28, 30, 39, 41 et 47 ; soit dans 6 cas ; et deux fois elle avait donné naissance à une véritable ascite inflammatoire sur la valeur pronostique de laquelle nous avons déjà insisté (obs. 39 et 41).

Cinq fois sur 9 (obs. 26, 28, 30, 39 et 41), l'opération a été difficile et a duré 2 heures (obs. 26), plus d'une heure (obs. 28, 30 et 39) ou presque une heure (obs. 41). Ajoutons cependant que dans 4 cas l'intervention fut facile et rapidement conduite (de 30 à 35 minutes de durée).

Parmi les complications opératoires, nous devons signaler des adhérences intestinales (obs. 30, 39, 41) et des adhérences au cul-

de-sac utéro-rectal (obs. 42). Une seule fois, on dut faire une double opération, le second ovaire étant malade (obs. 44).

En résumé, on peut dire que l'âge avancé des opérées, la rapidité de développement du kyste, son influence fâcheuse sur l'état général, une tumeur volumineuse, une opération pénible, due surtout au volume et à des adhérences intestinales ou pelviennes, sont de mauvaises conditions qui aggravent singulièrement le pronostic opératoire.

La cause la plus ordinaire de la mort est, comme on l'a vu, la péritonite; nous l'avons constatée 5 fois sur six autopsies, et 7 fois sur 9 elle paraît avoir amené la mort de nos opérées.

Dans un cas (obs. 26), la malade semble avoir succombé à l'épuisement qui suit le choc traumatique, et cela au bout de 36 heures; malheureusement on ne put faire l'autopsie pour vérifier cette appréciation clinique.

La péritonite peut être non suppurée (obs. 30), suppurée par places (obs. 28 et 42) ou bien entièrement suppurée (obs. 38 et 44); dans ces divers cas, elle peut évoluer en moins de 2 jours (obs. 38) ou bien se prolonger jusqu'au 4e jour (obs. 30). En général, la question se juge du 2e au 4e jour.

Dans les observations 39 et 47, les opérées moururent très certainement de péritonite généralisée, l'une au 3e jour (obs. 39), l'autre au 6e jour (obs. 47). Malheureusement on ne put faire les autopsies, et l'examen *post mortem* eût été des plus importants dans l'observation 47, à cause de la longue durée des accidents, de leur marche étrange et surtout à cause des vomissements fécaloïdes des derniers jours, vomissements identiques à ceux qu'on observe dans l'étranglement intestinal.

Enfin, la malade de l'observation 41 ne succomba qu'au 14e jour, après avoir présenté des troubles respiratoires graves, dus à une congestion intense du poumon droit, puis à une pleurésie gauche, congestion et épanchement constatés à l'autopsie. Mais il est encore un point sur lequel il convient d'insister : c'est l'état de ses viscères abdominaux. Ceux-ci offraient des adhérences de tous côtés, soit entre eux, soit aux parois abdominales; en d'autres termes, il existait une véritable péritonite chronique adhésive, avec un peu d'épanchement séro-sanguinolent. Cet état, qui pendant la vie s'était traduit par des coliques, des gargouillements incessants et de la diarrhée, aurait-il pu s'améliorer et même guérir? Telle est la question qu'on doit se poser et qui ne peut être encore résolue, les faits de cette nature étant heureusement rares.

En résumé, sur les 9 décès, on peut compter 8 morts rapides,

soit par épuisement, soit par péritonite suppurée ou non, et 1 mort tardive, résultant d'accidents thoraciques graves et peut-être aussi de péritonite adhésive chronique.

Un mot, en terminant, sur les résultats éloignés de l'ovariotomie. Comme nous le pensions dans notre premier travail [1], la réduction du ou des pédicules dans la cavité abdominale supprime presque complètement un accident éloigné : l'éventration. En effet, dans cette seconde série, chez les femmes qu'il nous a été permis de revoir, nous n'avons observé qu'un seul fait d'éventration sérieuse gênante : c'est l'opérée du n° 36, qui, malgré nos avis, a voulu reprendre de suite son fatigant travail de femme de ménage. Dans la plupart des autres cas, ou bien l'éventration est nulle (obs. 27, 34, 37 et 40), ou bien elle est très peu accentuée et offre à peine le volume d'un œuf de pigeon (obs. 31, 32, 33, 45, 46, 49 et 50). Une seule fois nous avons constaté une petite hernie ombilicale (obs. 40).

Les opérées qui étaient encore réglées avant l'opération, et auxquelles on n'a fait que l'ablation d'un ovaire, sont restées régulièrement réglées après l'intervention (obs. 40 et 50) ; dans un cas cependant la menstruation est irrégulière et abondante (obs. 29).

La santé est redevenue florissante, et la plupart des opérées que j'ai revues étaient très notablement engraissées (obs. 31, 32, 36, 40 et 50). Dans un cas seulement, l'état général resta assez mauvais, et la malade eut ultérieurement une pleurésie (obs. 33) ; enfin une seule fois on observerait de temps en temps de véritables crises de péritonisme ; ces derniers renseignements m'ont été fournies par le Dr Cheurlot, médecin de la malade.

Lors de l'ablation des deux ovaires, les phénomènes observés ultérieurement sont assez nets, comme nous allons le voir. Cette ablation double a été faite 8 fois, et 7 fois les opérés ont bien guéri.

Tout d'abord, l'écoulement menstruel disparaît absolument; c'est au moins ici la règle (obs. 34, 37, 45, 46, 48 et 49) ; une seule fois il y eut un écoulement 7 mois après l'opération, mais depuis rien ne s'est plus montré (obs. 35). Si donc dans certains cas, comme nous l'avons signalé dans notre premier mémoire [2], les règles peuvent continuer quelque temps par une sorte d'habitude, le plus souvent elles sont supprimées et ne reparaissent plus après l'opération.

Un second phénomène bien fréquent, c'est l'engraissement très notable et même exagéré des femmes qui ont subi l'ablation des deux

1. Page 366.
2. Page 367.

ovaires (obs. 34, 35, 37, 45, 46, 48 et 49) ; il fut tel dans quelques-uns de ces cas que je dus prescrire un régime diététique tout spécial.

Enfin, chez nos 7 opérées, trois ont conservé leurs appétits sexuels (obs. 34, 48 et 49) ; ils étaient nuls avant comme après l'opération chez une malade (obs. 35). Les trois autres n'ont pu être interrogées à cet égard.

Signalons encore un phénomène qui suit fatalement l'ablation des deux ovaires chez les femmes encore réglées et qui gêne assez longlongtemps les opérées : ce sont des poussées congestives vers la face, des bouffées de chaleur, identiques à celles qui tourmentent les femmes arrivées à l'époque de la ménopause (obs. 36, 45, 46, 48 et 49).

De cette deuxième série de 25 ovariotomies, nous pouvons tirer les conclusions suivantes, plus ou moins analogues à celles que nous avons déduites de l'examen analytique de nos 25 premières opérations :

1° L'ovariotomie se pratique d'ordinaire pendant la période sexuelle de la femme, c'est-à-dire de 20 à 40 ans ; toutefois il est encore fréquent d'avoir à opérer des femmes arrivées à la ménopause, entre 45 et 55 ans.

2° Les kystes de l'ovaire influent peu sur la menstruation. Les kystes doubles même n'arrêtent pas l'écoulement des règles.

3° L'ascite considérable indique des tumeurs polykystiques végétantes ; en outre, elle peut avoir une origine inflammatoire et serait alors d'un pronostic sérieux au point de vue du résultat opératoire.

4° La ponction ne doit jamais être négligée, soit pour soulager les malades, soit pour affirmer le diagnostic. Dans quelques cas cependant, le diagnostic est tellement net qu'on peut ne pas la pratiquer avant l'opération.

5° La méthode qui consiste à abandonner le ou les pédicules dans la cavité abdominale est d'un emploi beaucoup plus simple et surtout empêche une complication ultérieure très fâcheuse : l'éventration.

6° Cette méthode opératoire doit-elle être incriminée dans les cas où sont survenus des accidents ? Nous ne le croyons pas, et nous avons fait remarquer que l'âge des opérées, leur état général grave et les difficultés opératoires jouent à cet égard un rôle plus considérable.

7° Les kystes multiloculaires sont de beaucoup les plus fréquents, et les adhérences soit à la paroi, soit à l'épiploon, sont presque la règle, comme nous l'avons déjà dit.

8° Le volume, le poids des tumeurs peut être considérable ; il a atteint 23 kilogrammes dans une de nos observations.

9° La mort peut survenir exceptionnellement par épuisement, mais le plus ordinairement elle résulte d'une *péritonite aiguë* suppurée ou non.

10° Parfois il peut se développer une véritable *péritonite chronique adhésive*, dont la gravité n'est pas encore absolument connue. Cette forme de péritonite ne s'observe-t-elle que dans les cas où l'on a réduit le pédicule ? Le fait nous semble possible.

11° Les résultats éloignés d'une double ovariotomie sont, pour la grande majorité des cas, la cessation absolue des règles, un engraissement parfois anormal, l'apparition de poussées congestives très persistantes et fort gênantes, comme il en survient normalement à l'époque de la ménopause.

12° L'ablation des deux ovaires n'influe pas fatalement sur les appétits sexuels, et ceux-ci peuvent rester entièrement conservés.

		NOMS	AGE		DATE DE L'OPÉRATION	LIEU DE L'OPÉRATION	NATURE DU KYSTE	CÔTÉ DU KYSTE	TRAITEMENT DU PÉDICULE	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTAT
Inédite.	26.	Mlle M. (de Moulins).	52.	Fille. Ménopause.	20 mai 1880. Avec M. le professeur Verneuil.	Paris.	K. multiloculaire.	Droit.	Lié et abandonné dans l'abdomen. Méthode de Lister.	2 heures.	Mort par épuisement.
Id.	27.	Mme Courteville.	52.	Femme. Ménopause. 2 enfants.	7 juin 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Lié et abandonné dans l'abdomen. Méthode de Lister.	1 heure.	Guérison. Revue en 1881 et 1882. Souffrait parfois d'accidents péritonitiques.
Id.	28.	Mme Lerendu.	52.	Femme. Ménopause.	20 juillet 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Lié et abandonné dans l'abdomen. Méthode de Lister.	1 h. passée.	Mort par péritonite généralisée et suppurée par points.
Id.	29.	Mme Biardeau.	23.	Femme. 2 enfants. 1 fausse couche.	11 août 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	?	Lié et abandonné dans l'abdomen. Méthode de Lister.	?	Guérison. Phlegmatia alba dolens. Eschare au sacrum. Allait très bien à la fin de 1882.
Id.	30.	Mme J. Brachet.	47.	Femme. 1 enfant. 1 fausse couche. Ménopause.	17 août 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	?	Lié et abandonné dans l'abdomen. Méthode de Lister.	Plus d'une heure.	Mort par péritonite généralisée non suppurée.
Id.	31.	Mme B. (de Bretigny).	54.	Femme. Ménopause. 5 enfants.	9 octobre 1880.	Paris.	K. multiloculaire.	Droit.	Lié et abandonné dans l'abdomen. Lister complet.	45 minutes	Guérison. Eschare au sacrum. Allait très bien fin nov. 1883.
Id.	32.	Mme C. Gosselin.	42.	Femme. 1 enfant.	14 octobre 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Lié et abandonné. Méthode de Lister.	1 h. 1/4.	Guérison. Phlegmatia alba dolens au 27e jour. Très bien portante fin 1882 et 1883.
Id.	33.	Mme Maréchal.	52.	Femme. Ménopause. 1 enf.	28 octobre 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	?	Lié et abandonné. Méthode de Lister.	36 minutes	Guérison. Pleurésie droite en 1882
Id.	34.	Mme Lhommealabonne.	32.	Femme. 1 enfant. 1 fausse couche.	12 novemb. 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Droit. L'ovaire gauche kystique est enlevé aussi.	Pédicules liés et abandonnés. Lister complet.	33 minutes	Guérison Allait très bien en 1883.
Id.	35.	Mme Boulé.	37.	Femme. 1 enfant.	19 novemb. 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche. L'ovaire droit kystique est aussi enlevé.	Pédicules liés et abandonnés. Lister complet.	35 minutes	Guérison. Allait très bien en 1883.
Id.	36.	Mme Mahoin.	52.	Femme. Ménopause.	26 novemb. 1880.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Pédicule lié et abandonné. Lister complet.	30 minutes	Guérison. Va bien en 1884. Eventration gênante.

Id.	37.	Mme H. (de St.-Omer).	48.	Femme. 2 enfants.	2 décembre 1880.	Paris.	K. multiloculaire.	Gauche. L'ovaire droit kystique est aussi enlevé.	Pédicules liés et abandonnés. Lister complet.	26 minutes	Guérison. Allait très bien en 1883.
Id.	38.	Mme Briffard.	44.	Femme.	7 janv. 1881.	Salpêtrière.	Kyste dermoïde	Droit.	Péd. lié et abandonné Lister complet.	30 minutes	Mort de péritonite suppurée.
Id.	39.	Mme D. (de Malesherbes).	52.	Femme. 4 enfants.	22 mars 1881. Avec M. le prof. Verneuil.	Paris.	K. multiloculaire.	Droit.	Pédicule lié et réduit. Lister complet.	1 h. 10 m.	Mort de péritonite.
Id.	40.	Mme Paindeblé.	44.	Femme. 11 enfants.	4 avril 1881.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Droit.	Pédicule lié et réduit. Lister complet.	55 minutes	Guérison. Allait bien en 1883.
Id.	41.	Mme Silender.	49.	Femme. 4 enfants.	14 octobre 1881.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Pédicule lié et réduit. Lister complet.	50 minutes	Mort au 14e jour avec des accidents pulmonaires. Péritonite adhésive.
Id.	42.	Mme Bourgoin-Lebègue.	46.	Femme. 2 enfants.	21 octobre 1881.	Salpêtrière.	K. multiloculaire (sarcome alvéolaire).	Droit.	Deux pédicules liés et réduits. Lister complet.	35 minutes	Mort par péritonite suppurée.
Id.	43.	Mme Dupuis-Gatine.	60.	Femme. 2 enfants. Ménopause.	19 novemb. 1881.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Deux pédicules liés et réduits. Lister complet.	50 minutes	Guérison rapide. Allait bien en 1883.
Id.	44.	Mme Rufflé.	44.	Femme. 10 enfants,	26 décembr. 1881.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	?.. Le second ovaire kysti. est enlevé.	Pédicules liés et réduits. Lister complet.	30 minutes	Mort de péritonite suppurée aiguë.
Id.	45.	Mme Frémendity.	43.	Femme. 2 enfants.	12 janvier 1882.	Salpêtrière.	K. multiloc. dans les ligaments larges.	Deux ovaires.	Pédicule gauche lié et réduit, pédicule droit au dehors. Lister complet.	1 h. 20 m.	Guérison. Allait très bien à la fin de 1883.
Id.	46.	Mlle J. (de Montreuil).	47.	Fille.	28 janvier 1882.	Paris.	K. multiloculaire.	Droit. Le 2e ovaire kystique est enlevé.	Pédicules liés et réduits. Lister complet.	35 minutes	Guérison. Elle allait très bien en 1883.
Id.	47.	Mme H. (de Paris).	65.	Femme. 7 enfants. Ménopause.	4 mars 1882.	Paris.	K. multiloculaire.	Gauche.	Pédicule lié et réduit. Lister complet.	35 minutes	Mort avec des accidents d'étranglement interne dus probabl. à une péritonite.
Id.	48.	Mlle Blanche Blanc.	20.	Fille.	23 avril 1882.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Deux côtés.	Pédicules liés et réduits. Lister complet.	25 minutes	Guérison. Revue en 1883. Allait très bien
Id.	49.	Mme San-Pietro.	33.	Femme.	7 mai 1882.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Droit. 2e ovaire kystique enlevé.	Pédicules liés et réduits. Lister complet.	1 h. 15 m.	Guérison. Allait très bien en 1883.
Id.	50.	Mme Antheaume.	33.	Femme. 2 enfants.	1er juillet 1882.	Salpêtrière.	K. multiloculaire.	Gauche.	Pédicule lié et réduit. Lister complet.	30 minutes	Guérison. Va très bien en 1883.

DE L'ARTHROTOMIE IGNÉE
ET DU CHAUFFAGE ARTICULAIRE

COMBINÉS AVEC LE PANSEMENT ANTISEPTIQUE IODOFORMÉ ET L'IMMOBILISATION

DANS LES SYNOVITES ET OSTÉO-SYNOVITES FONGUEUSES

Par le Dr VINCENT

Agrégé, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Rien, dans ce que je vais dire, ne m'appartient en propre. Bien des chirurgiens ont ouvert les articulations, les ont soumises à l'action du feu, les ont immobilisées, et je ne suis pas plus l'inventeur du pansement antiseptique que de l'iodoforme. La seule innovation que je puisse revendiquer, et qui fait l'objet de cette note, consiste en la réunion systématique de ces moyens pour réaliser une intervention aussi énergique qu'exempte de danger, s'adressant à la synovite fongueuse articulaire, en général, et spécialement à celle du genou.

Habituellement, quand un malade se présente avec une arthrite chronique, du gonflement articulaire, de l'épaississement de la synoviale et des tissus conjonctifs périarticulaires, on lui propose des boutons de feu et l'immobilisation dans un bandage inamovible, dans une gouttière, si les vésicatoires réitérés, la teinture d'iode et autres révulsifs modificateurs ont déjà été vainement employés jusque-là.

Trop souvent, on retrouve, après ce traitement, l'articulation aussi fongueuse et quelquefois même davantage. On refait un nouveau bandage, après de nouvelles cautérisations; en fin de compte, la suppuration arrive, et l'on doit procéder à une résection ou à une amputation. Telle est l'histoire surtout de nos arthropathes à diathèse scrofulo-tuberculeuse, de nos pauvres clients des hôpitaux. Les foyers tuberculeux de la synoviale n'ont pas été influencés par les brûlures cutanées auxquelles on s'est livré dans leur voisinage. Leur existence parasitaire a été simplement prolongée un peu plus ongtemps, grâce à la dérivation cutanée, grâce à l'immobilisation

de la jointure; puis la réaction éliminatrice fatale s'est produite et la suppuration s'est montrée.

L'insuccès de ces cautérisations superficielles a conduit à l'*ignipuncture*, qui se propose, par la pénétration de pointes de fer rouge au sein des masses fongueuses, d'en provoquer la sclérose curatrice. Le principe est excellent, mais les moyens mis en usage n'atteignent pas toujours le but. On pourrait dire que l'ignipuncture réussit dans les cas où elle n'est pas rigoureusement indiquée et échoue dans les cas où elle l'est.

Le raclage articulaire, dit encore arthroxésis, qui est préconisé par Volkmann, Schede, Letiévant, Mollière, Bœckel, etc., nous semble constituer une intervention exagérée ou insuffisante. Elle est exagérée lorsque pour une synovite simple, fongueuse, bien entendu, vous enlevez avec votre impitoyable et aveugle curette tout ce qui a l'aspect fongueux. Ainsi que le démontre depuis si longtemps notre excellent maître M. Ollier, par les magnifiques résultats de ses résections articulaires, tout n'est pas fatalement voué à une destruction tuberculeuse dans un tissu fongueux. Après l'élimination des foyers tuberculeux, les éléments non envahis, simplement irrités par la présence des bacilles qu'ils s'efforcent d'expulser, se modifient, reviennent à l'état normal ou à un état voisin de l'état normal, pour servir à la reconstitution des articulations et à leur bon fonctionnement physiologique. Je n'insiste pas davantage, renvoyant pour plus ample informé au mémoire publié récemment par M. Ollier sur ce point capital, qui établit la ligne de démarcation entre les résections faites dans le véritable esprit de la méthode sous-périostée et celles qui n'en empruntent plus ou moins légitimement que l'étiquette, comme c'est le cas généralement en Allemagne, où nous avons vu faire les résections comme on devait les pratiquer il y a cinquante ou soixante ans.

J'ai dit plus haut que le raclage articulaire pouvait être insuffisant. Il en est ainsi lorsqu'on a affaire à des ostéites articulaires fongueuses. Il nous paraît impossible de nettoyer suffisamment avec une curette les multiples anfractuosités des foyers osseux, d'une part, et, d'autre part, d'assurer complètement l'écoulement des produits exsudatifs de ces cavités et des nombreux diverticules de l'articulation. En pareil cas, on doit réséquer les extrémités osseuses malades. Je fais cependant une exception à cette règle pour les enfants. Mais je ne m'occupe point ici des ostéites fongueuses articulaires, qui sont, à mon avis, absolument justiciables, en général, de la résection, au nom de la théorie tuberculeuse, bacillaire ou non, comme au nom de la clinique. Nous n'avons en vue actuellement que les

arthropathies fongueuses d'origine synoviale et encore limitées en majeure partie aux parties molles des articulations. C'est pour elles que nous proposons et que nous avons pratiqué avec succès l'opération suivante, pendant la suppléance que nous faisons à la clinique du professeur Ollier.

Voici brièvement en quoi elle consiste :

1° *Soins préliminaires.* — La sécurité ne s'acquiert qu'au prix de précautions antiseptiques minutieuses. Le matin de l'opération, le malade prendra un grand bain de propreté. Au moment de l'opération, lavage du champ opératoire au savon et à la brosse. Je suppose que ce soit le genou, comme dans mes observations; cette région doit être lavée sur toutes ses faces. Le rasoir retranchera ensuite toutes les productions pileuses. Après le rasage, on fera une irrigation abondante avec de l'eau phéniquée forte.

2° *Opération.* — Celle-ci se divise en deux temps : le premier constitue l'arthrotomie, l'ouverture de l'article par la section des portions fongueuses; le second consiste dans le chauffage de l'articulation et des fongosités.

A. *Arthrotomie.* — Avec le cautère cultellaire du thermocautère de Paquelin, ou avec un bistouri désinfecté dans l'huile bouillante ou à la flamme, on incise, parallèlement à l'axe du membre, les bosselures qui correspondent aux plus fortes agglomérations de fongosités. L'incision doit commencer un peu avant et finir un peu au-delà de la différence de niveau de la bosselure avec les parties normales. Elle doit traverser la peau, le tissu cellulaire plus ou moins lardacé, les synoviales, les masses fongueuses et ouvrir la cavité articulaire. Nous avons fait ainsi des incisions de 8 à 9 centimètres. Toutes les bosselures sont fendues successivement de la sorte. Dans l'intervalle des tranchées pénétrantes, nous faisons des raies de feu superficielles. Si des artères donnent, on les éteint en promenant à leur niveau le cautère, dont on a laissé tomber la température.

Lorsque les végétations sont ulcérées, infiltrées de pus, il ne faut pas craindre de les labourer avec l'un des gros cautères des anciens arsenaux. A l'aide de crochets, on soulève la rotule et le tendon rotulien, en accrochant la lèvre interne des deux grandes incisions latérales principales et l'on promène le fer rouge dans l'articulation malade. Nous ne craindrions même pas dans certains cas graves avec fongosités latérales et postérieures (j'ai en vue le genou particulièrement) de mettre l'articulation tout à fait à découvert, au moyen d'une incision transversale sous-rotulienne qui compléterait l'incision dite en H de la résection, afin de pouvoir mieux se rendre compte de la situation d'abord, et, si la conservation est possible,

sans résection, de pouvoir mieux fouiller avec le feu tous les recessus fongueux. Dans les cas que nous avons eu a traiter jusqu'à présent, nous avons pu nous borner aux incisions longitudinales décrites précédemment.

Lorsque les os sont envahis superficiellement par les fongosités, la section ignée doit aller jusqu'à eux. Mais alors le thermo-cautère de Paquelin n'est plus suffisant. Il faut s'armer de l'un des anciens cautères, de gros cautères pointus, et cribler la surface osseuse malade de trous en godets, dont la profondeur variera avec le degré de ramollissement du tissu osseux. Chez les jeunes sujets, la cautérisation ignée des os peut être portée très-loin et donner d'excellents résultats. Les os courts spongieux et les extrémités spongieuses des os longs peuvent être forés de part en part avec le fer rouge, *tunnellisés*, suivant l'expression et la pratique de M. Ollier. Le fer rouge a sur les os mous ou ramollis une action modificatrice des plus heureuses. Ils s'échauffent aisément, grâce à la conductibilité de leurs trabécules pour le calorique. Le calorique a non seulement une action modificatrice en tant que révulsif, qu'excitant; il exerce en outre une action léthale sur les bacilles, les microgermes qui peuvent être la cause de la carie osseuse.

B. *Chauffage de l'articulation et des fongosités.* — C'est à cette action spéciale, démontrée par les expérieuces de Pasteur, de Chauveau et autres, que nous avons recours pour compléter notre opération. A l'aide d'un cautère de gros volume chauffé au charbon, nous desséchons les parois des tranchées pénétrantes que nous avons faites au sein des fongosités. Celles-ci atteignent en peu de temps une température suffisamment élevée croyons-nous, pour que les bacilles qui les occupent soient frappés de mort. L'articulation tout entière se trouve bientôt portée à un degré de chaleur qui est intolérable au doigt et qui doit faire périr les micro-organismes. Au bout de quelques instants, un lavage phéniqué de l'articulation et des surfaces mises à jour complète le second temps de l'opération.

3° *Pansement.* — Le pansement doit être aussi aseptique que possible. Je procède de la manière suivante : Je saupoudre d'iodoforme les parois des tranchées pénétrantes. Le genou est enveloppé d'une couche de compresses de lint à l'acide borique et trempées au moment même dans une solution phéniquée forte; et, au-dessus de laquelle on met une couche de gaz phéniquée et une couche de coton salicylé. Ce pansement antiseptique va du milieu de la jambe au milieu de la cuisse. Le makintosch et les bandes placées, on entoure le membre inférieur de ouate ordinaire, et l'on fait un bandage

silicaté muni d'attelles latérales de toile, de carton ou de bois mince.

L'opération est ainsi achevée.

Jusqu'à présent, elle n'a été suivie d'aucune réaction fébrile, excepté chez un jeune homme qui a eu pendant plusieurs jours une température très-élevée, sans le moindre trouble gastrique ni autre. Il ne souffrait pas, buvait et mangeait comme de coutume. Sans le thermomètre, nous n'aurions pas soupçonné cet état fébrile, que je rapprocherais volontiers de celui qui accompagne les injections iodées dans l'hydrocèle. Est-ce l'absorption de l'iodoforme entier ou décomposé qui en est cause? S'agit-il là simplement d'une fièvre aseptique dépendant du travail inflammatoire provoqué par les cautérisations? Je ne sais. Quoi qu'il en soit, les résultats immédiats sont excellents, et l'innocuité de l'arthrotomie ignée appliquée aux grandes articulations nous paraît démontrée, ce qui n'avait pas été fait jusqu'à présent, que nous sachions. Lorsque, au bout de quinze jours à trois semaines, on ouvre le bandage, on trouve les plaies roses, vermeilles, parsemées de paillettes d'iodoforme; l'articulation est indolore, fermée. Ce n'est qu'au deuxième pansement, c'est-à-dire au bout d'un mois environ, qu'on voit la diminution de volume de l'articulation s'accuser nettement. Les opérés peuvent marcher dans les salles au bout de cinq semaines — plusieurs se levaient, à notre insu, dès la seconde semaine — dans leur bandage ouato-silicaté aseptique. Ils souffrent si peu qu'ils ne comprennent pas la nécessité du repos.

Il ne nous est pas encore possible de donner des résultats éloignés et définitifs. Ils seront publiés avec les observations dans la thèse inaugurale de l'un de nos élèves.

DE L'AGGRAVATION DES PROPATHIES
PAR LE TRAUMATISME

Par M. A. VERNEUIL

Dans une discussion récente à la Société de chirurgie, j'ai avancé que le traumatisme, même le plus bénin, atteignant un sujet malade, pouvait aggraver l'affection antérieure et en accéler la marche jusqu'à la mort inclusivement.

Cette déclaration, sans être formellement niée au sein de la docte assemblée, ne semble pas pourtant y avoir été généralement admise. On a cru sans doute qu'il s'agissait là de coïncidences ou de cas très exceptionnels, sinon de faits mal interprétés.

Or j'affirme que ces aggravations des propathies par le traumatisme sont au contraire très évidentes et même assez communes, et, comme les observations bien prises sont plus probantes que tous les raisonnements, je publie la suivante, recueillie dans le service de mon cher disciple et ami le Dr Bouilly, par son interne, M. Hamonic.

Cancer viscéral latent. Fracture simple de jambe. Aggravation rapide du cancer. Mort cinquante-deux jours après l'accident.

Le 4 mars 1883, L. M...., cinquante et un ans, afficheur, robuste, bien constitué, jouissant d'une santé parfaite et n'accusant aucun antécédent héréditaire, tombe du haut d'une échelle de 4 mètres; il entre aussitôt à l'hôpital Beaujon, 2e pavillon, lit 14.

Fracture des deux os de la jambe sans plaie ni gonflement considérable. Le fragment supérieur du tibia soulève la peau; réduction facile, contention dans une gouttière; applications résolutives.

Le 10 mars, les phénomènes inflammatoires primitifs étant dissipés, on applique des attelles plâtrées, qui maintiennent exactement les fragments.

Depuis le 7, il existe un état gastrique sans fièvre. Langue sale, blanchâtre, conservant sur ses bords l'empreinte des dents; anorexie, constipation. Le 10, on prescrit trois verres d'eau de Sedlitz, qui procurent plusieurs selles; soulagement, retour de l'appétit.

Le 13, la constipation s'est reproduite; quelques nausées, mauvaise digestion; moral triste; 25 grammes d'huile de ricin, deux selles.

Le 14, nouveau soulagement, mais sensation de faiblesse; une teinte sub-ictérique de la peau appelle l'examen du côté du foie.

Cet organe n'est pas augmenté de volume dans sa totalité; mais on constate à la palpation sur son bord antérieur, au niveau des fausses côtes, une petite tumeur régulière, dure et douloureuse au toucher. On soupçonne l'existence d'une production maligne; mais le malade, interrogé de nouveau, répète qu'il ne souffrait en aucune façon avant sa chute.

On prescrit quelques centigrammes d'extrait thébaïque à l'intérieur et un emplâtre de ciguë *loco dolenti.*

Le 17, altération des traits, joues creuses, augmentation de l'ictère, répugnance pour les aliments, un peu de diarrhée. La tumeur a augmenté; elle offre environ cinq centimètres de diamètre. Tout va bien du côté de la fracture.

Extrait de quinquina, diascordium et sous-nitrate de bismuth.

Le 25, la peau est d'un jaune brun sale; la diarrhée a disparu, mais les vomissements l'ont remplacée; le lait même n'est pas gardé. Douleurs vives dans l'hypochondre droit, s'irradiant du côté des lombes. La tumeur, dure, légèrement bosselée et douloureuse au toucher, présente le volume du poing; léger œdème du membre inférieur gauche et de la cuisse droite, rien dans les urines.

Le 30, un peu d'amélioration dans l'état général; moins de douleurs, moral assez bon; l'alimentation modérée est supportée, les selles sont assez régulières; cependant la tumeur s'étend vers l'épigastre.

Le 4 avril, les douleurs reparaissent, ainsi que les troubles gastriques et intestinaux.

Le 10, l'œdème occupe les deux membres en entier; on constate une ascite assez considérable; amaigrissement extrême; teinte ictérique; cachexie manifeste, peu de douleurs, tendance au sommeil. La tumeur déborde en bas les fausses côtes de 15 centimètres et envahit tout l'épigastre.

Tout va bien du côté de la jambe; une petite eschare qui s'était formée au voisinage de la fracture s'élimine spontanément.

L'apyrexie est toujours complète.

Le 17, progrès rapides de la cachexie. Ascite en voie d'accroissement continuel. Un peu de lait seul est supporté. Abattement et somnolence. Depuis plusieurs jours, l'urine, d'une teinte acajou, est chargée de bile; elle laisse un dépôt abondant, épais, adhérent, d'un rouge foncé; ni albumine ni sucre.

Le 20, faiblesse extrême. La tumeur, de plus en plus volumineuse, soulève fortement et déjette en dehors le rebord des fausses côtes; elle se prolonge jusqu'à l'ombilic et à l'hypochondre gauche, et descend même dans la fosse iliaque droite.

Mort le 25 dans la soirée.

Autopsie. — Poumon droit, adhérences générales; tubercules non

ramollis aux deux sommets. Quelques-uns renferment au centre un peu de matière caséeuse.

Cœur sain ; orifices et valvules à l'état normal.

L'estomac contient deux litres d'un liquide semblable à du sang altéré. La muqueuse présente des points multiples d'ecchymose, et au voisinage du pylore une large tache d'un rouge foncé. Les parois sont très épaissies au niveau de la petite courbure ; elles ne présentent pas de tumeur circonscrite, mais bien une infiltration cancéreuse générale.

Foie énorme, pesant sept kilogrammes, dur, bosselé, bourré de noyaux cancéreux blancs, lardacés ; il présente un prolongement qui descend jus que dans la fosse iliaque.

Rate normale.

Reins congestionnés.

La tête du pancréas renferme un noyau cancéreux qui paraît être l'origine du mal, parce que les tumeurs du foie ont les caractères du cancer secondaire.

Intestins et cerveau sains.

Le foyer de la fracture n'offre rien d'insolite. Le cal est encore fibreux.

Remarques. — Ce fait, qui n'est pas le premier dans son genre [1], est à la fois très simple et très démonstratif.

Un homme qui se dit, se croit et paraît du reste fort bien portant, tombe et se fait une fracture de jambe exempte de toute complication au moment même et dans la suite. Rien ne prouve que dans la chute la région hépatique ait été contusionnée. Il meurt cinquante-deux jours après, non point certes de la fracture, mais d'un cancer de foie.

Bien que l'origine traumatique du cancer en général soit parfaitement démontrée, on ne saurait l'invoquer ici, parce qu'il s'est écoulé à peine quatre jours entre l'accident et l'apparitiou des premiers phénomènes gastriques, et que dix jours après la chute on constatait déjà la présence d'une tumeur du foie. De toute évidence, celle-ci existait donc avant la blessure, mais elle était restée jusqu'alors absolument latente.

Dès que survint le trauma, trauma bénin s'il en fut, car à lui seul il n'aurait jamais fait mourir personne, la scène change. Le patient entre aussitôt à l'hôpital et y reçoit les meilleurs soins ; soustrait à toutes les influences fâcheuses, il doit guérir sans incident. Or c'est tout le contraire qui arrive. Un état gastrique se prononce et s'aggrave sans trève jusqu'à la terminaison fatale, parallèlement à l'évolution anatomique du néoplasme hépatique.

Sans doute on pourra dire que la marche rapide du cancer du foie a été observée déjà en l'absence de tout traumatisme et que celui-

1. Voir l'observation de M. Méricamp dans la thèse de M. Cerné, 1882, p. 52.

ci n'a joué présentement aucun rôle. A une telle négation on doit répondre en multipliant les observations, ce que je ne manquerai pas de faire. Mais je puis néanmoins rappeler combien il est rare de voir un cancer du foie parcourir toutes ses phases depuis le premier trouble gastrique signalé jusqu'à la mort en cachexie profonde en cinquante jours. Je préfère rapprocher ce cas de celui qu'a cité M. Méricamp et qui est plus remarquable encore, puisqu'un homme assez bien portant pour travailler, mourait aussi d'un cancer hépatique onze jours après une fracture simple du péroné.

Si des fractures sans importance aucune et sans réaction fébrile quelconque aggravent de la sorte des propathies latentes, comment croire qu'une opération chirurgicale n'en pourrait pas faire autant, en dépit de traitement local et de l'emploi des antiseptiques les plus puissants?

Quant aux causes de ces aggravations, je les entrevois trop vaguement encore pour exposer le peu que je crois savoir à cette heure.

DEUX FAITS D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Par Georges Poinsot (de Bordeaux).

La valeur réelle de l'hystérectomie abdominale est encore trop discutée, ses indications et même certaines particularités de son manuel opératoire demeurent jusqu'ici trop variables [1] pour que le chirurgien puisse légitimement se soustraire à l'obligation de publier les faits cliniques qu'il observe. C'est donc à titre de documents qu'il m'a paru bon de faire connaître les deux observations qui suivent.

Obs. I. — Mme H...., âgée de trente-cinq ans, couturière, demanda mes soins en avril 1879, pour une affection abdominale dont elle souffrait depuis environ quinze mois. Plusieurs médecins avaient déjà été consultés : les deux premiers avaient cru à une grossesse; un troisième, éclairé par la marche et la durée des accidents, avait parlé de tumeur, sans en préciser la nature et le siège. La malade avait été prise, deux mois avant ma visite, de vomissements incoercibles, s'accompagnant de douleurs abdominales fort vives; son état d'émaciation était devenu très marqué et sa faiblesse extrême. Ayant connaissance de faits de tumeur enlevée par une opération, elle m'avait appelé pour réclamer une intervention de ce genre.

En voyant la malheureuse femme, je fus frappé du degré de misère physiologique auquel elle était réduite ; l'image d'un squelette revêtu de peau n'a jamais été mieux en sa place. Les vomissements glaireux se répétaient environ toutes les deux heures; ils étaient toujours fort douloureux; mais de temps en temps se déclaraient des crises atroces qui arrachaient des hurlements à la malade. Le pouls était faible, mais régulier; les poumons ne présentaient aucune apparence de lésion. En examinant le ventre, je trouvai une tumeur que l'absence d'ascite et la maigreur extrême de la malade permettaient de délimiter exactement. Cette tumeur, du volume d'une tête d'adulte et située sur la ligne médiane, avait une consistance inégale, dure par places, élastique et rénitente sur d'autres points ; elle présentait une forme bosselée, et c'étaient les bosselures qui offraient la moindre résistance. Elle était mobile d'un côté à l'autre, et ces mouvements se communiquaient au col utérin, qui, au toucher, paraissait avoir subi une élévation notable. Les membres inférieurs n'étaient pas œdématiés.

1. Voir la *Revue critique* de M. Schwartz, in *Revue de chirurgie*, 1882, juin ; 1883, février et mars.

Je portai le diagnostic de *tumeur kystique de l'utérus*, probablement de nature maligne.

Comme il n'existait aucun signe de cachexie cancéreuse, que le système circulatoire était sain et que les poumons fonctionnaient normalement, je ne crus pas devoir refuser à la malade l'intervention qu'elle me réclamait; mais, avant de me décider, je demandai en consultation mon collègue et ami le docteur Lande. Celui-ci partagea mon avis, et l'opération fut résolue.

Je la pratiquai le 15 avril avec l'aide des docteurs Lande, Gendron, et de MM. Grégory, Peyre et Tourou, alors internes de l'hôpital Saint-André. Toutes les précautions antiseptiques, y compris le spray, furent observées. Une incision de vingt centimètres, partant du pubis et remontant au-dessus de l'ombilic, en le contournant, permit d'arriver sur le péritoine. L'hémostase bien assurée, la séreuse fut ouverte, et aussitôt la tumeur se présenta. Je pus alors constater qu'elle n'avait pas d'adhérences, et il me fut aisé de l'amener au dehors. Pour parer aux inconvénients qui pouvaient résulter de cette diminution brusque de la pression intra-abdominale, j'eus le soin de faire comprimer l'aorte. Deux broches d'acier furent passées en croix dans le pédicule de la tumeur, formé par la partie supérieure du col utérin; un serre-nœud de Cintrat servit à étreindre le col au-dessous des broches. La tumeur fut ensuite sectionnée au-dessus des broches à l'aide du thermo-cautère. A ce moment (l'opération avait duré environ quarante-cinq minutes), je fus averti que le pouls radial baissait rapidement, malgré la compression de l'aorte. Je fis alors suspendre le chloroforme et procédai, sans tarder, à la toilette du péritoine. Celle-ci achevée promptement, car il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, je réunis la plaie par deux plans de sutures, superficiel et profond. Vers la fin de ce temps opératoire, la malade se réveilla et accusa quelque sensibilité; toutefois le pouls était à peine perceptible, les extrémités froides, l'haleine glacée. Je fis alors pratiquer plusieurs injections d'éther pendant que j'achevais le pansement. Les premières injections semblèrent ranimer la malade, qui trouva assez de force pour nous remercier d'avoir bien voulu accéder à sa demande, préférant, disait-elle, la mort à ses souffrances antérieures. Mais, au bout d'une heure, le collapsus reparaissait, et la mort avait lieu dans l'après-midi.

La tumeur, examinée dans le laboratoire d'anatomie pathologique, fut reconnue pour un fibro-sarcome kystique; elle pesait 1650 grammes; les kystes dont elle était parsemée étaient de petit volume, le plus gros égalant à peu près un œuf de poule.

Dans ce fait, la terminaison fatale ne peut être attribuée qu'à l'état de faiblesse extrême où se trouvait la malade antérieurement à l'opération. Celle-ci ne dura qu'un temps relativement court; la perte de sang qui l'accompagna fut minime; mais la malade, épuisée par ses souffrances et l'absence prolongée de toute alimentation, ne put se relever du shock opératoire et s'éteignit rapidement. L'événement

pouvait être prévu ; je l'avais fait pressentir à la famille, et il avait fallu les instances les plus pressantes pour me déterminer à une intervention dont je redoutais surtout les conséquences immédiates. Le cas était désespéré, et, la malade étant condamnée, dans un laps de temps nécessairement court, à une mort inévitable, j'avais cru, avec mon collègue Lande, qu'il ne fallait point lui enlever la chance unique de survie que lui offrait l'opération.

Mon second fait est relatif à l'extirpation d'un corps fibreux sous-péritonéal ; c'est donc, pour employer l'expression proposée par M. Schwartz, un fait de myomectomie plutôt que d'hystérectomie. Cette fois encore, des accidents menaçants firent juger l'intervention nécessaire ; mais leur origine et leur intermittence avaient permis à l'état général de se maintenir bon, et l'opération, en dehors de sa moindre gravité, fut abordée dans des conditions suffisamment favorables.

Obs. II. — Marie G..., journalière, âgée de cinquante-cinq ans, entre le 28 août 1882 à l'hôpital Saint-André, où elle est placée salle 8, dans le service de M. le professeur Lanelongue, que je supplée pendant les vacances. C'est une femme grande, d'apparence robuste, sans antécédents morbides ; elle a toujours vécu à la campagne, en s'occupant des travaux des champs. Réglée à l'âge de quinze ans, elle s'est mariée à vingt-deux ans et n'a pas eu d'enfants ; ses menstrues se sont supprimées il y a cinq ans. Dix-huit mois après, elle a commencé à éprouver quelques douleurs dans le côté droit du ventre ; un peu de repos suffisait du reste à les apaiser, et elle a pu, jusqu'aux derniers temps, conserver ses occupations. Les douleurs duraient depuis un an, quand elle a constaté dans la fosse iliaque droite, au point même où les douleurs étaient le plus vives, l'existence d'une petite grosseur dont elle compare le volume à celui d'un œuf. La santé générale demeurait toujours bonne ; mais, en février 1882, la malade fut frappée du développement rapide que prit son ventre. Elle consulta à cette époque notre regretté confrère le docteur Baudet, de Cadillac, qui reconnut une ascite ; il existait en même temps un prolapsus utérin assez facile à réduire ; ce prolapsus, au dire de la malade, datait seulement de quelques mois. Une ponction fut faite en avril, alors que l'abondance de l'épanchement avait amené une rétention d'urine complète et des accidents dyspnéiques inquiétants. Après l'évacuation du liquide ascitique, on put constater qu'il existait bien réellement dans le ventre, du côté droit, une tumeur du volume du poing. En juillet, l'épanchement s'était reproduit, avec son cortège d'accidents mécaniques, et il fallut, pour la seconde fois, recourir à une ponction. Le liquide se reproduisant encore, et avec plus de rapidité que la première fois, la malade se décida à venir à Bordeaux.

Quand je l'examine, le lendemain de son entrée, je trouve un dévelop-

pement considérable du ventre, qui donne l'aspect d'une grossesse arrivée à son terme; la cicatrice ombilicale est soulevée en doigt de gant, et la tension des parois empêche presque absolument d'explorer l'abdomen. L'utérus est en prolapsus, et il est fort malaisé de le réduire; il existe une légére dyspnée, et, la veille au soir, l'interne de garde a dû pratiquer le cathétérisme. La malade a eu pendant la nuit quelques crises de suffocation.

Je me décide immédiatement à faire une ponction avec le trocart ordinaire à ascite, et évacue huit litres d'une sérosité absolument citrine. Je cherche alors la tumeur dans la fosse iliaque droite, mais je ne trouve rien en ce point : c'est seulement sur la ligne médiane que je rencontre une tumeur arrondie, faiblement saillante au-dessus du pubis. Pendant cette partie de l'examen, l'utérus était demeuré prolabé. Je le réduis à ce moment et vois la tumeur remonter jusque dans la fosse iliaque droite, où me l'avait signalée la malade. Cette tumeur est dure, résistante, arrondie, sans bosselures; elle présente le volume d'une tête d'enfant à terme. Elle est absolument mobile dans l'abdomen; mais les mouvements qu'on lui imprime se communiquent en partie à l'utérus. Il existe cependant entre elle et cet organe une certaine indépendance, et l'utérus ne participe guère qu'aux déplacements un peu étendus. En présence de ces signes, je diagnostique un corps fibreux sous-péritonéal pédiculé.

La pathogénie des accidents est facile à établir : quand l'épanchement, consécutif à l'irritation de la séreuse par la tumeur jouant le rôle de corps étranger, a repoussé vers le haut la masse intestinale, la tumeur, plus lourde que la sérosité et en outre attirée par l'utérus, à cause de la tendance de ce dernier au prolapsus, s'engage dans le petit bassin, où elle est fixée par le poids du liquide épanché et par les contractions des parois abdominales. Ainsi s'expliquent les troubles observés du côté de la miction et l'irréductibilité relative du prolapsus.

Les suites de la ponction furent des plus simples, mais l'épanchement ne tarda pas à revenir, et le 20 septembre il fallut procéder à une nouvelle évacuation.

La malade, à qui j'avais fait, dès le début, entrevoir l'imminence d'une opération, me demanda encore quelques jours pour réfléchir, et je dus me contenter de la ponction palliative.

Cette fois, la reproduction du liquide se fit plus rapidement encore, et, le 6 octobre, les accidents de dysurie et une certaine gêne respiratoire avaient reparu. La malade ayant pris avis de sa famille et s'étant remise absolument entre mes mains, je décidai l'opération pour le 10 octobre.

Je la fis ce jour-là, avec l'aide de mes collègues les docteurs Boursier et Lefour, et en présence de M. le docteur Burguet, médecin des hôpitaux.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques anté-opératoires, et sous la sauvegarde du spray phéniqué, je pratiquai sur la ligne médiane de l'abdomen une incision partant du pubis et s'étendant sur une hauteur de douze centimètres. Arrivé sur le péritoine, après hémostase complète des tissus divisés, je ponctionnai la séreuse avec le bistouri et

donnai issue à une grande quantité de sérosité. J'agrandis ensuite l'incision avec les ciseaux conduits sur le doigt ; à ce moment, la tumeur se présenta en face de la plaie, et je pus aisément la saisir et l'amener au dehors. Elle tenait au fond de l'utérus par un pédicule très court et épais, dont la circonférence égalait à peu près celle d'une pièce de deux francs; de plus, elle était rattachée au corps de l'organe par un système de vaisseaux partant de sa partie supérieure, libres dans leur plus grande longueur et disposés autour d'elle comme les agrès d'un ballon. Ces vaisseaux étaient, pour la plupart, très volumineux, et deux ou trois n'étaient pas moins gros que le petit doigt : on eût dit, suivant la comparaison de Spencer Wells, de véritables intestins de lapin. Je commençai par couper isolément chacun de ces vaisseaux entre deux ligatures de catgut, puis je traversai le pédicule avec une broche d'acier, et au-dessous je plaçai un fil métallique serré avec l'instrument de Cintrat. Je n'eus aucune difficulté pour amener le pédicule au dehors, et cette partie de l'opération s'exécuta avec la plus grande simplicité. Quand je crus avoir poussé assez loin la constriction du serre-nœud, je sectionnai le pédicule avec le thermo-cautère, en empiétant un peu sur la tumeur; puis j'en badigeonnai toute la surface laissée à l'extérieur avec le perchlorure de fer.

La toilette du péritoine achevée, je suturai la plaie suivant ma méthode ordinaire : plan de sutures profondes avec fil d'argent et plaques de Lister; sutures superficielles, très rapprochées les unes des autres, avec crin de cheval. J'appliquai ensuite le pansement avec protective, gaze phéniquée et gutta-percha laminée, en ayant soin d'y comprendre le serre-nœud. L'abdomen fut soumis à une compression élastique à l'aide de ouate et d'une large ceinture de flanelle.

L'opération ayant été pratiquée à l'amphithéâtre de clinique, la malade fut rapportée dans la salle commune.

Pulvérisations phéniquées toutes les deux heures ; glace ; champagne.

La malade, en se remettant du chloroforme, a deux ou trois vomissements glaireux. Dans l'après-midi, elle accuse quelques coliques. Cathétérisme le soir.

Temp. avant l'opération, 37°; temp. du soir, 37°,8.

11 octobre. — Nuit bonne; les coliques sont devenues assez vives dans la soirée ; l'interne du service a fait à la malade une injection d'un centigramme de morphine. A la suite, les douleurs se sont calmées, et la malade a dormi quelques heures.

Elle prend le champagne avec plaisir.

Temp. du matin 38°,4; temp. du soir, 38°.6.

12 octobre. — Nuit calme, mais sans sommeil. La malade attribue cette insomnie à l'odeur des pulvérisations phéniquées. Elle n'éprouve d'ailleurs ni souffrances ni malaise. Elle a évacué quelques gaz par le rectum et uriné sans le secours de la sonde.

Pouls à 76. Temp. 38°.

Comme je puis voir, à travers la gutta-percha, que les pièces de pan-

sement ont été souillées par de la sérosité sanguinolente, je renouvelle le pansement. La réunion de la plaie paraît assurée.

Dans l'après-midi, la malade prend quelques gorgées de bouillon froid, et, à la suite, elle a un vomissement. Le champagne est toujours bien supporté.

Temp. du soir, 38°,2.

13 octobre. — Les vomissements ne se sont pas renouvelés. La malade a eu des coliques, qu'elle attribue à des gaz et que l'émission de quelques uns de ceux-ci a en effet calmées.

Temp. matin 37°,8. — Temp. soir, 37°,6.

14 octobre. — Même état. Temp. m., 37°,4. — Temp. s., 37°,6.

Pouls à 70.

15 octobre. — L'état général est des plus satisfaisants.

Pansement : J'enlève les sutures profondes. Le serre-nœud tend à s'enfoncer dans l'abdomen, malgré la broche qui traverse le pédicule.

Temp. m., 37°. — Temp. s., 37°,6.

16 octobre. — Temp. 37°,8. — Pouls à 76.

17 octobre. — Pansement. J'enlève les sutures superficielles.

La réunion de la plaie est absolue, sauf au niveau du pédicule. Je m'aperçois que la broche qui traversait ce dernier, sous l'influence des tractions s'exerçant de l'intérieur, a coupé les tissus et ne maintient plus rien.

Temp., 37°,4.

La malade prend un œuf mou et un peu de vin de Bordeaux.

18-21 octobre. — La malade commence à s'alimenter; l'aspect général est excellent, et il faut insister fortement pour qu'elle consente à garder le repos dans le décubitus.

22 octobre. — Pansement. Le serre-nœud est enfoncé dans la plaie d'au moins 3 centimètres. J'augmente sa constriction.

26 octobre. — Pansement, Le serre-nœud tient toujours, bien que rendu à la fin de sa course. Evidemment, il est fixé par le tissu de bourgeonnement. Je lui imprime quelques mouvements pour le dégager, mais sans résultat.

28 octobre. — Le serre-nœud se dégage et vient avec un léger effort. La cicatrisation est définitive le 2 novembre.

Je présentai la malade à la Société de médecine de Bordeaux dans sa séance du 20 novembre. Il n'existait aucune tendance à l'éventration ; la cicatrice était solide et résistante.

La malade, revue dans ces derniers temps, presque un an après l'opération, jouit d'une excellente santé ; sa cicatrice ne présente aucun élargissement.

Chez nos deux opérées, je traitai le pédicule par la méthode extrapéritonéale, c'est-à-dire que je le laissai au dehors en l'y fixant à l'aide

de broches d'acier. Quand je fis ma première opération, le procédé de Kleberg (d'Odessa) n'était pas dans la pratique, et j'avais, d'autre part, présent à l'esprit un fait d'hystérectomie pratiquée en ma présence pour un corps fibreux et dans lequel le pédicule, lié en deux parties avec un très fort catgut, avait été réduit dans l'abdomen. Cinq heures après, la malade, en faisant un effort pour se relever, succombait brusquement, et à l'autopsie on constatait qu'une des ligatures ayant glissé, il s'était produit une hémorrhagie foudroyante par un vaisseau du pédicule [1]. Il me parut alors plus sage de fixer le pédicule dans la plaie, ce que je fis sans difficultés.

Chez ma seconde malade, cette conduite me parut imposée par l'existence d'un prolapsus utérin. Je jugeai qu'en fixant à la paroi abdominale le fond de la matrice sur lequel s'implantait le pédicule, je guérirais cette infirmité désagréable ; je me trouvai de la sorte mettre en pratique la méthode de traitement du prolapsus que préconisait deux mois plus tard (décembre 1882) le Dr Caneva, de Milan [2]. Je ne sais si beaucoup de chirurgiens voudront, à l'instigation de ce distingué confrère, pratiquer la laparotomie pour chercher la cure d'un prolapsus simple ; mais, le ventre une fois ouvert, il m'était loisible de profiter de cette circonstance et de tenter la cure radicale de la complication. Le succès a d'ailleurs répondu à mon attente, et la malade n'a point vu son prolapsus se reproduire.

1. Le fait n'a pas été publié.
2. *Gazetta degli Ospitali,* 20 décembre 1882.

REVUE GÉNÉRALE

LE TRAITEMENT ANTISEPTIQUE
DES
PLAIES CHIRURGICALES ET LE PANSEMENT A L'IODOFORME
DANS LES CLINIQUES ALLEMANDES

Par E. DOYEN, interne des hôpitaux.

I. — La doctrine antiseptique en Allemagne. — Quelques résultats opératoires.

Ayant eu l'occasion de visiter en 1883 plusieurs cliniques allemandes, nous croyons utile de rapporter en quelques pages ce que nous y avons vu.

Les procédés opératoires ne diffèrent guère des nôtres. Chemin faisant, nous noterons quelques particularités.

Les pansements nous arrêteront davantage, ainsi que les procédés antiseptiques employés avant et pendant l'opération.

Dans toutes les cliniques que nous avons visitées l'on suit la méthode antiseptique.

Si on lui fait subir des modifications plus ou moins heureuses, en cherchant à multiplier ses procédés et ses agents, les principes sur lesquels elle repose sont toujours considérés comme ayant la même valeur absolue, contrairement à ce qui est énoncé dans une revue récente de M. de Santi [1].

Nous nous occuperons surtout des pansements à l'acide phénique, au sublimé et à l'iodoforme. Ces trois substances, en effet, paraissent être aujourd'hui les trois antiseptiques les plus sûrs et les plus généralement employés. Nous comparerons, pour terminer, ces trois modes de pansement, en essayant de montrer les avantages du dernier.

Chacun s'accorde pour reconnaître dans les statistiques allemandes la rareté des insuccès opératoires. Les laparotomies, l'extirpation des tumeurs du corps thyroïde et de l'utérus cancéreux se font souvent.

1. De Santi, *Dernières évolutions des pansements antiseptiques* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1883).

Les résultats immédiats sont fort remarquables. Nous citerons quelques exemples :

Nous avons vu enlever par le Pr Czerny un sarcome de l'épiploon de la grosseur de la tête, avec résection d'un fragment de l'estomac. Le diagnostic avait été fait et développé quelques jours auparavant, dans une clinique sur une série de cinq ou six tumeurs abdominales de nature différente. Ce sarcome s'était développé aux dépens de l'épiploon gastro-colique, jusqu'au contact des tuniques du côlon transverse et de l'estomac, qui nulle part n'étaient envahies par le néoplasme. Le côlon et une partie de la grande courbure furent isolés par une dissection minutieuse. Une forte ligature, avec un tube de caoutchouc rouge, permit de former un pédicule. Mais une rondelle des parois gastriques, d'un diamètre de 5 à 6 centimètres, fut enlevée avec la tumeur. On reconnut à l'examen de la pièce que les adhérences n'étaient que celluleuses, et qu'il eût été possible d'éviter l'ouverture du viscère. L'estomac fut réduit après suture de la solution de continuité.

Le même jour, le professeur d'Heidelberg opérait une jeune fille de dix-huit ans, présentant depuis quelques mois une tumeur de nature indéterminée, adhérant au fond de l'utérus et facile à sentir au travers des parois de l'abdomen. L'opération fut laborieuse. Sous l'incision, il n'existait plus de cavité péritonéale. Un épais gâteau tuberculeux qui ne contenait pas encore de points caséeux ni purulents, adhérait en avant aux parois abdominales dans toute la zone sous-ombilicale et se prolongeait en bas dans le petit bassin, au contact de l'utérus.

Le Pr Czerny extirpa avec une dextérité remarquable tout ce qui pouvait être enlevé.

Pour les points anfractueux, il se servit de la curette. Les surfaces mises à nu furent nettoyées avec soin et saupoudrées d'iodoforme. La plaie abdominale était cicatrisée le septième jour. La malade n'avait eu ni fièvre ni vomissements. L'opéré du sarcome de l'épiploon était également guéri.

Nous nous arrêterons quelques lignes sur la pédiculisation à l'aide du tube élastique.

Nous avons vu employer ce procédé pour la première fois par le docteur Jules Bœckel de Strasbourg pour la confection du pédicule utérin dans une extirpation de corps fibreux par la voie abdominale. Un trocart est passé immédiatement au-dessus de la ligature, et la canule laissée à demeure, afin d'empêcher le retrait du moignon cervical. Le pédicule est sectionné au-dessus, les gros vaisseaux liés isolément.

Deux fortes ligatures en masse assurent l'hémostase.

L'application du tube élastique est plus facile, plus rapide et tout aussi efficace que l'étranglement du pédicule avec le serre-nœud.

Notons également que le docteur Jules Bœckel fait sans inconvénient, quand l'incision médiane est insuffisante, une seconde incision transversale destinée à lui donner plus de jour.

Pour la fermeture du ventre, il a renoncé aux sutures profondes de

fil d'argent. Des sutures perdues de catgut assurent la réunion de la séreuse et de l'aponévrose. Des points superficiels maintiennent les muscles et la peau.

La plupart des chirurgiens allemands n'hésitent guère à faire l'extirpation des tumeurs malignes, toutes les fois qu'il est possible de tout enlever.

Le docteur Czerny, sur douze opérés environ d'hystérectomie totale pour affection cancéreuse du col, n'a perdu de l'opération que deux ou trois malades.

Plusieurs ont survécu quelques mois et même près d'un an.

Dans les salles du professeur Billroth, nous avons vu deux femmes opérées de résection du pylore, l'une, depuis huit jours, l'autre depuis deux ans. Le professeur nous fit remarquer que cette dernière venait d'être opérée de nouveau, avec succès, d'un petit noyau cancéreux développé au niveau de la cicatrice, aux dépens de la paroi abdominale et du péritoine pariétal. Ces deux femmes quittaient l'hôpital quelques jours après.

Quel est le secret de ces succès opératoires ?

Tous sont unanimes pour les attribuer uniquement à la rigueur de leurs précautions antiseptiques.

II. — Les hôpitaux et l'hygiène hospitalière.

Les opérés n'ont pas en Allemagne un tempérament spécial, une résistance particulière qui leur permette de mieux supporter les grands délabrements chirurgicaux. Au contraire, les cicatrices scrofuleuses et les adénopathies du cou sont d'une fréquence extrême, et il ne se passe guère de jour qu'on ne fasse à la clinique du professeur Billroth l'extirpation de quelques ganglions tuberculeux.

A part le bel hôpital d'Heidelberg, construit sur des plans nouveaux et formé de pavillons isolés, les hôpitaux que nous avons visités sont vieux et composés d'immenses corps de bâtiments à plusieurs étages. A Würtzbourg, les salles, sortes de chambrées de huit à douze lits, sont basses et étroites. Les malades de médecine et de chirurgie occupent des pièces voisines.

Le grand hôpital de Vienne contient 3 000 lits. Malgré cette accumulation de malades et l'activité des services, les résultats chirurgicaux y sont fort satisfaisants. Quand le temps le permet, tous les malades transportables passent la journée hors des salles. Les hommes valides portent avec leur matelas, sur des bancs spéciaux, dans le jardin de l'hôpital, ceux qui ne peuvent marcher.

Les salles sont propres et bien tenues. Fréquemment on enlève la poussière des murs et du parquet à l'aide de bâches humides. Le linge est prodigué pour les opérations et les opérés. Le service est fait avec régularité. Les malades sont soignés avec sollicitude.

Les garçons de salle restent d'ordinaire dans les services assez longtemps pour s'accoutumer à la pratique du chirurgien.

III. — Les précautions antiseptiques avant et pendant l'opération.

Avant d'aborder la technique des pansements, nous décrirons l'ensemble des précautions antiseptiques destinées à protéger le champ opératoire et à assurer la guérison rapide de la plaie.

Les salles d'opérations sont des amphithéâtres vastes et bien éclairés. Chaque jour, avant la clinique, les gradins de bois sont arrosés et balayés. La partie centrale, dont le sol est bitumé et disposé pour l'écoulement des eaux, est lavée largement. Deux irrigateurs d'Esmarch, avec de longs tubes de caoutchouc, terminés par un embout mobile, soit conique, soit en pomme d'arrosoir, sont suspendus à une hauteur de 2 m. 1/2 à 3 mètres. D'un côté, la vitrine aux instruments. De l'autre, un double lavabo auquel est annexé, pour la purification des mains, un petit réservoir d'eau phéniquée. Sur des tables mobiles, divers bassins de porcelaine et de métal pour les serviettes, les compresses phéniquées [1] et les éponges [2], dont les plus petites sont montées sur des pinces à forci-pressure.

Dans l'un des bassins, sont des pelotons (*Bauschen*) de coton hydrophile, rangés méthodiquement et destinés à remplacer les éponges dans certains cas. Leur longueur est de 4 à 5 centimètres, leur épaisseur de 2. On les prépare en imbibant d'eau phéniquée un fragment de coton hydrophile, que l'on pelotonne ensuite entre les doigts. On peut encore les disposer à l'extrémité d'une baguette de bois, pour s'en servir dans les plaies profondes ou les cavités naturelles. Ils ne servent jamais qu'une fois et possèdent sur les éponges l'avantage d'être toujours aseptiques.

1. Les serviettes et les compresses, fraîchement lavées, sont maintenues quelques jours dans l'eau tiède. On les exprime, et on les fait bouillir une heure dans une solution phéniquée à 5 0/0. On les garde dans une même solution froide, que l'on renouvelle le troisième jour, puis tous les quinze jours. A la fin de la seconde semaine, on peut commencer à les employer (von Hacker, *Anleitung zur Antis. Wundbehand. nach der am Prof. Billroth's Klinik gebrauchlichen Meth.*, Wien, 1883, p. 18).

2. Les éponges, de belle qualité, sont placées sèches dans un linge de toile et martelées avec un maillet de bois afin de les débarrasser du sable qu'elles renferment. On les lave dans l'eau tiède et on les exprime plusieurs fois avec soin. Pour les blanchir, on les place vingt-quatre heures dans une solution de permanganate de potasse à 1/1000, que l'on renouvelle au bout des douze premières heures. On les lave à l'eau tiède, et on les plonge dans un mélange formé, pour vingt-cinq éponges, de cinq litres d'une solution d'hyposulfite de soude à 1 0/0 et d'un litre d'une solution à 8 0/0 d'acide chlorhydrique concentré. On les y agite quelques minutes. Dès qu'elles sont devenues blanches, on les lave largement, et on les abandonne trois jours sous un courant d'eau froide. On les maintient de nouveau quatre jours dans l'eau tiède à la température de 35 ou 38°, en prenant soin de la renouveler tous les soirs. On les conserve enfin dans de l'eau phéniquée à 5 0/0. Cette solution est renouvelée d'abord le troisième jour, puis tous les quinze jours. Comme les linges de toile, on ne les emploiera qu'au bout de la deuxième semaine. Si l'on veut blanchir des éponges qui ont déjà servi, on devra les purifier du sang et de la graisse dont elles sont imprégnées en les lavant à l'eau courante durant un ou deux jours, ou mieux en les faisant séjourner une heure dans une solution concentrée de carbonate de soude (von Hacker, *loc. cit.*, p. 17).

Cet avantage est grand, si l'on veut nettoyer, dans un pansement, les lèvres d'une plaie réunie et l'orifice du trajet des drains, qu'une éponge pourrait infecter. S'il s'agit d'une plaie suppurante, leur prix de revient minime rend leur emploi plus économique que celui des éponges, qu'il est nécessaire de brûler après le contact de matières septiques.

Les instruments sont bien entretenus. Les mors des pinces hémostatiques doivent être nettoyés avec soin. Une heure avant l'opération, les instruments nécessaires sont plongés dans une solution antiseptique. Un second bassin contient les aiguilles et les fils à suture. Les drains sont conservés dans des bocaux de verre et baignent dans la solution phéniquée à 5 0/0.

Plusieurs vases d'eau phéniquée, pour les mains, sont à la portée de l'opérateur. Les objets de pansement, que nous décrirons plus tard, sont renfermés dans des boîtes spéciales.

Le chirurgien et les assistants se lavent les mains, se nettoient les ongles et font usage pour leur purification d'une solution phéniquée à 2 1/2 0/0.

Ils sont revêtus de grands surtouts de toile, qu'on renouvelle chaque jour.

Le malade a pris d'ordinaire plusieurs bains de propreté. Les poils sont rasés à l'avance.

Un aide administre le chloroforme, pendant que l'on dispose le champ opératoire. Le professeur Billroth conseille, pour l'anesthésie, un mélange de 3 p. de chloroforme, 1 p. d'éther, 1 p. d'alcool absolu, comme donnant plus de sécurité que le chloroforme seul.

L'administration de ce mélange, n'est pas confiée à un aide spécial. La tête de l'opéré est tantôt tenue fort élevée, tantôt laissée pendante hors de la table.

La partie à opérer est nettoyée avec la brosse et le savon. Au besoin, on emploiera l'huile, l'essence de térébenthine ou l'éther. Puis on pratique une large irrigation phéniquée.

Pour le rectum et le vagin, après avoir administré plusieurs lavements, on fait d'abondants lavages avec l'eau phéniquée à 1 0/0. — On peut employer finalement la solution de sublimé à 1/1000, qui est beaucoup plus antiseptique.

Ces précautions, complétées par le tamponnement à la gaze iodoformée après l'opération, permettent de pratiquer sans danger d'accidents septiques les opérations variées sur le vagin et le col utérin. C'est grâce à elles que les Allemands obtiennent des succès dans l'hystérectomie totale.

Pour les laparatomies, chez la femme, le vagin et les parties génitales sont désinfectés par le même procédé et bourrés de gaze iodoformée. Ainsi, on n'a pas à craindre la péritonite purulente si l'on ouvre le canal cervical, comme c'est la règle dans l'hystérectomie partielle, ou bien s'i arrive de perforer les culs-de-sac vaginaux.

A la tête, les cheveux sont enfermés dans une serviette phéniquée, nouée sur l'occiput.

Quand la température l'exige, les autres parties du corps sont soigneusement enveloppées de couvertures de laine. Par-dessus, des pièces de toile cirée et des serviettes phéniquées, ne laissant à nu que le champ opératoire, servent à protéger le reste du corps contre l'écoulement du sang et des autres liquides.

Durant toute l'opération, d'abondantes irrigations phéniquées assurent l'asepsie de la plaie. L'hémostase est faite aussi parfaitement que possible.

Les vaisseaux sont liés au cours de l'opération. MM. les professeurs Billroth, Czerny, Bœckel, emploient à cet effet la soie phéniquée [1]. M. le professeur Maas, le catgut chromique [2].

L'opération terminée, on fait la toilette de la plaie. Des contre-ouvertures sont pratiquées aux parties déclives, soit avec le bistouri, soit à l'aide d'une longue pince courbe, à mors plats, dont l'un est terminé par une extrémité lancéolaire. Les tissus sont transpercés de dedans en dehors ; le drain est saisi et attiré dans la plaie. Les drains sont de caouchouc rouge, résistants et perforés en spirale. Ils sont placés debout, coupés au ras de la peau et maintenus à l'aide d'une épingle anglaise désinfectée, qui a sur le fil l'avantage d'être toujours propre et de les empêcher de s'enfoncer plus avant. L'épingle est garnie de gaze iodoformée. Presque toujours, les parties profondes sont maintenues en rapport à l'aide d'un fil d'argent dont les deux extrémités sont tordues ensemble ou bien enroulées séparément sur deux plaques de plomb. Les sutures superficielles, qui se font soit à la soie, soit au catgut chromique, sont fort rapprochées. Le professeur Billroth emploie fréquemment pour la peau la suture en surjet.

Chaque fois que la disposition des lambeaux, la nature de la plaie ne permettent pas d'obtenir la réunion totale, on recherchera au moins une réunion partielle, pour hâter le processus de réparation.

La bande d'Esmarch est généralement employée dans les opérations sur les membres. On évite la constriction exagérée, toujours suivie d'une hémorrhagie en nappe fort abondante. Tous les vaisseaux apparents sont liés avec soin. On applique un pansement antiseptique compressif. Le malade est reporté sur son lit. Le membre est maintenu presque vertical à l'aide d'un lacs. Alors seulement on retire la bande élastique. Cette pratique est excellente chez les gens affaiblis et réduit à presque rien la perte de sang.

1. La soie, dévidée sur des bobines percées de trous, est bouillie une heure dans l'eau phéniquée à 5 0/0, puis enroulée sur des bobines de verre et conservée dans une solution phéniquée au même titre. Cette solution est renouvelée tous les quinze jours. Cette soie, dite soie de Czerny, est préférée, aux cliniques de Vienne et d'Heidelberg, au catgut et au fil d'argent pour les ligatures et pour les sutures de la peau.

2. Le catgut chromique de Lister est préparé par l'immersion du catgut ordinaire, pendant deux jours, dans une solution aqueuse d'acide chromique à 0,24 0/0, additionnée de 5 0/0 d'acide phénique. Il est bon de conserver ce catgut dans l'alcool ou l'eau de sublimé.

Nous avons omis à dessein le spray, qui n'est jamais employé à la clinique de Vienne pour les opérations courantes. La pulvérisation phéniquée est réservée pour les cas où l'on ouvre une grande cavité séreuse. L'opération se fait dans une salle spéciale, petite, facile à chauffer, bien ventilée, ne contenant aucun meuble inutile. Une heure avant d'amener le malade, on pratique la pulvérisation pendant quinze ou vingt minutes. Le brouillard phéniqué précipite sur les murs et le sol toutes les poussières et les germes en suspension dans l'air et devient ainsi inutile durant l'opération.

Le professeur Billroth craint les effets toxiques qui suivent l'absorption si rapide des gouttelettes phéniquées par le péritoine. Outre la suppression du spray durant l'opération, il fait placer pour les laparotomies les éponges, les linges, les instruments, les fils de soie, dans une solution faible, à 1 0/0. Tous ces objets ont été préalablement purifiés à l'aide d'une solution forte. Aussi n'observe-t-on jamais les urines noires.

Le chirurgien n'est pas gêné par le spray, et le malade supporte mieux l'anesthésie prolongée dans un milieu d'air pur que dans une atmosphère saturée de vapeurs phéniquées.

Grâce à cet ensemble de précautions antiseptiques, la plaie se trouve dans des conditions favorables à une guérison rapide.

Le chirurgien assurera le succès par un pansement bien ordonné.

IV. — Inconvénients du pansement de Lister. Les pansements a Strasbourg, Heidelberg, Vurtzbourg, Munich et Vienne.

Il est de règle générale, en Allemagne, de pratiquer des pansements rares, comme étant moins coûteux et favorisant la réunion des plaies. Le pansement de Lister, accepté avec enthousiasme par les chirurgiens allemands, tomba bientôt en discrédit. Son application est délicate et minutieuse. La moindre faute cause des insuccès, que l'on attribue au pansement lui-même. Ou bien ce sont des érythèmes, des eczémas phéniqués dus soit à l'impureté de l'acide, soit à l'imperfection des solutions et du mode d'emploi.

La gaze, si bien préparée qu'elle soit, perd rapidement son acide phénique, et le pansement doit être renouvelé fréquemment, ce qui en augmente beaucoup le prix de revient.

De là de nombreuses tentatives pour y substituer un autre pansement.

Nous ne parlerons ici que des pansements que nous avons vu pratiquer :

I. *La naphtaline et le sucre. — La sciure de bois.* — Lors de notre passage à Strasbourg, le professeur Lücke expérimentait un mélange de naphtaline et de sucre, ainsi que la sciure de bois, rendue antiseptique par le lavage avec une solution de sublimé; ces substances solides sont renfermées entre plusieurs doubles de gaze, puis appliquées sur les plaies. Leur action antiseptique n'est pas douteuse, mais elles ne possèdent comme qualités particulières que leurs propriétés absorbantes pour les liquides.

Les sachets de sciure de bois ou de naphtaline s'appliquent mal sur les plaies. Le contenu se tasse rapidement et forme des masses dures par la dessiccation des liquides absorbés. Ces pansements enfin n'ont pas cette souplesse moelleuse de la gaze et de la ouate, si nécessaire à la protection de la ligne des sutures.

II. *Le pansement au sublimé à la clinique de Vurtzbourg.* — Le professeur Maas emploie exclusivement la gaze au sublimé. Cette gaze est de la gaze ordinaire, lavée et dégraissée, par conséquent hydrophile, que l'on rend antiseptique en la plongeant dans une solution de sublimé à 1/1 000. Cette gaze est ensuite vigoureusement exprimée. On l'emploie humide.

Les ligatures et les sutures, à la clinique de Vurtzbourg, sont faites au catgut chromique. Le drainage est pratiqué autant que possible avec un gros catgut, qui traverse la plaie de part en part, grâce à deux contre-ouvertures. Un protective est appliqué sur la ligne de réunion. Par-dessus, de la gaze au sublimé chiffonnée. Puis, un bandage roulé fait avec la même gaze, pliée suivant sa longueur en bandes de huit à dix doubles. Une épaisse couche de coton hydrophile, un imperméable de gutta-percha, et de la ouate ordinaire, pour garnir les limites du pansement. Enfin, une bande de toile ou de gaze, et une bande apprêtée, que l'on applique humide et qui, en séchant, forme sur la région sous-jacente un véritable appareil inamovible.

A la suite d'une résection, le pansement peut être laissé deux à trois semaines. Le malade ne souffre pas, grâce à l'immobilité du membre, maintenu en outre par une attelle de fer.

Nous avons vu le premier pansement d'une résection du coude, le vingt et unième jour après l'opération. La réunion était parfaite. Les fils de catgut, en partie résorbés, n'avaient pas déterminé d'irritation locale. La température ne dépasse pas d'ordinaire 38° ou 38°,5.

L'anse de catgut suffit pour assurer le drainage dans les premiers temps qui suivent l'opération.

Nous avons vu dans les salles du professeur Maas un bon nombre de réséqués traités de la sorte, presque tous avec le même succès. Mais nous devons dire qu'on fait en Allemagne des résections pour de simples synovites fongueuses non suppurées, avec peu ou point de lésions osseuses. Il est naturel d'obtenir dans ces cas une guérison rapide et des résultats satisfaisants. Les mêmes malades guérissent souvent en France par l'immobilisation prolongée.

Nous ferons remarquer toutefois que l'immobilisation du genou doit être assurée durant plusieurs mois et souvent plus d'une année, tandis que nous avons vu un certain nombre de réséqués marcher assez bien à la fin du deuxième mois. Pour la hanche, les résultats sont médiocres. Il est en effet presque impossible d'enlever tous les points malades et d'obtenir la coaptation exacte des surfaces osseuses.

A Vurtzbourg, le sublimé n'est employé que pour les pansements et la purification des instruments. La solution à 1/1 000 est toxique et dan-

gereuse au contact de vastes surfaces absorbantes. Le lavage d'un genou a déterminé un cas d'hydrargyrisme assez grave. Au cours de l'opération, le professeur Maas emploie l'irrigation avec la solution phéniquée à 5 0/0.

Le sublimé a en outre l'inconvénient de fendiller l'épiderme et de gercer les mains tout autant, sinon plus que les solutions phéniquées.

Pendant les grandes opérations, on pulvérise de l'acétate d'alumine à 5 0/0.

III. *Le pansement phéniqué rare à la clinique de Munich.* — A Munich, le professeur Nussbaum, qui avait abandonné le lister pour le pansement à l'iodoforme, observa par l'emploi de cet agent des cas nombreux d'intoxication, dont plusieurs mortels. Aujourd'hui, il suit de nouveau la méthode de Lister dans toute sa rigueur, avec cette double modification que le spray n'est employé ni pour les pansements ni pour les opérations courantes, et qu'il laisse les pansements trois ou quatre jours en place.

IV. *Le pansement à l'iodoforme.* — Nous arrivons enfin au pansement à l'iodoforme dont nous avons apprécié successivement les résultats dans les services des professeurs Bœckel, Czerny et Billroth.

La pratique de ces chirurgiens est sensiblement la même. L'opération tout entière est faite à l'acide phénique. Les serviettes, les compresses les éponges, les fils à sutures, les drains, les instruments, tout est purifié par la solution phéniquée.

L'iodoforme, à son tour, constitue la base du pansement. Son emploi est général à la clinique de Vienne. Nous l'y trouvons sous forme de poudre, de gaze iodoformée hydrophile et adhérente, glycérine iodoformée, collodion iodoformé, vaseline iodoformée, et de bâtonnets médicamenteux.

La gaze iodoformée hydrophile [1] contient de 10 à 20 0/0 d'iodoforme. Elle sert à panser presque toutes les plaies opératoires.

La gaze iodoformée adhérente [2], qui doit ses propriétés au mélange de colophane et de glycérine qui sert à sa fabrication, contient une propor-

1. La gaze, lavée et dégraissée, est froissée dans les mains, puis parsemée, à l'aide d'un sablier, de poudre d'iodoforme. On la frotte ensuite entre les mains jusqu'à ce qu'elle soit uniformément colorée. L'imprégnation d'iodoforme est alors suffisante. On enlève l'excès en secouant légèrement cette gaze. Il faut, pour préparer 6 mètres 1/2 de gaze, 50 gr. d'iodoforme. La gaze bien faite contient 10 à 20 0/0 de cette substance et revient à 40 ou 50 centimes le mètre (Von Hacker, *loc. cit.*, p. 24).

2. La gaze adhérente se prépare avec la même gaze dégraissée que l'on plonge dans une solution alcoolique de colophane additionnée de glycérine. On la laisse alors sécher, puis on l'imprègne d'iodoforme, comme la gaze hydrophile. Il faut, pour 6 mètres de gaze, une solution de 100 grammes de colophane dans 1200 gr. d'alcool à 95°, additionnée de 50 gr. de glycérine et 230 gr. d'iodoforme pulvérisé. A la clinique du professeur Billroth, où cette gaze est préparée en grand, on emploie pour la faire, au lieu de gaze ordinaire, de la gaze phéniquée. Le prix de revient est à peu près le même. Un mètre de cette gaze iodoformé adhérente coûte environ 2 fr. (Von Hacker, *loc. cit.*, p. 25).

tion d'iodoforme double de la précédente. Elle adhère intimement aux surfaces cruentées et s'emploie soit pour panser les plaies intéressant les cavités muqueuses, soit, par exemple, à la face ou après un évidement osseux, pour arrêter un hémorrhagie en nappe.

La glycérine iodoformée, simple mélange d'iodoforme et de glycérine dans les proportions de 10 à 20 0/0, sert à pratiquer des injections dans la pleurotomie, l'hydrocèle, les abcès froids ou par congestion, après l'évacuation du liquide séro-fibrineux ou du pus.

Nous avons vu plusieurs fois pratiquer cette opération. D'après les assistants du professeur Billroth, elle est complètement inoffensive et donne d'excellents résultats. Souvent, dans les abcès froids, on est obligé de répéter les injections à différents intervalles, avant d'obtenir la guérison définitive. L'iodoforme aurait dans ces cas une action locale et vraiment spécifique contre les produits tuberculeux.

Le collodion iodoformé [1] sert à la réunion des petites plaies du visage. On doit, avant de l'appliquer, les sécher avec soin. Après une autoplastie des lèvres ou du nez, où il est difficile de faire un pansement ordinaire, les sutures sont simplement recouvertes d'une pellicule de collodion iodoformé. On évite ainsi la suppuration des points de suture, qui se voit fréquemment à l'air libre, et surtout l'éclosion d'un érysipèle.

La vaseline à l'iodoforme, préparée en incorporant par trituration à 100 parties de vaseline blanche 20 à 50 parties d'iodoforme porphyrisé, sert de topique sur certaines plaies ou excoriations.

Enfin, les bâtonnets médicamenteux à l'iodoforme [2] sont employés pour modifier les fistules rebelles ou l'intérieur de la cavité utérine [3].

Le pansement à l'iodoforme a été étudié complètement par Rohmer dans la *Revue de chirurgie* 1882, p. 574, 673 et 760, et par Berger dans la *Revue des sciences médicales*, avril 1883; nous n'y insisterons pas davantage.

1. Collodion officinal, 10; iodoforme, 1. La dissolution est facilitée par l'addition d'une petite quantité d'éther.

2.

Iodoforme pulv.....		20
Gomme arabique.	}	
Glycérine.....	} ãã....	2
Amidon	}	

(Von Hacker, *loc. cit.*, p. 22.)

3. La gaze phéniquée est préparée à la clinique du professeur Billroth par le procédé de Bruns, légèrement modifié. On verse dans une solution de 2 000 gr. de colophane dans 12 litres d'alcool à 95°, une solution de 500 gr. d'acide phénique pur cristallin dans un poids égal de glycérine. 200 mètres de gaze dégraissée sont dévidés à l'aide d'un appareil spécial dans cette solution jusqu'à imprégnation suffisante, puis enroulés de nouveau sur les cylindres de bois. Dès que l'excès du liquide s'est écoulé, on enroule la gaze sur un cylindre de plus grand diamètre, afin de favoriser l'évaporation de l'alcool. Cette manipulation dure environ deux heures et demie. La gaze sèche en vingt-quatre heures environ. On la conserve dans des boîtes de métal soigneusement closes. Un mètre de cette gaze ne coûte que 20 à 25 centimes, car la moitié du mélange liquide s'en écoule pendant la fabrication et peut servir de nouveau (Von Hacker, *loc. cit.*, p. 28).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

21 novembre — 19 décembre 1883.

M. Verneuil. *Fractures de la rotule.*

M. Verneuil présente une rotule fracturée comminutivement et réunie par ûn cal osseux, provenant du service de M. Lancereaux. Cette pièce vient d'un homme de quarante-neuf ans, qui, entré pour de la tuberculose pulmonaire, se fractura la rotule en tombant dans les salles. Soixante-sept jours après son accident, ce malade succomba aux progrès de son affection pulmonaire et l'on constata à l'autopsie l'existence d'un cal osseux exclusivement interfragmentaire, comme on peut le vérifier sur la pièce que M. Verneuil met sous les yeux de ses collègues. La fracture était comminutive.

M. Berger fait remarquer qu'il s'agit d'une fracture comminutive par cause directe, peut-être sans écartement dès le début.

M. Nicaise fait les mêmes réserves sur la pièce présentée par M. Verneuil; il s'agit là en effet d'une fracture par écrasement peut-être incomplète et sans déchirure du périoste; l'examen de la pièce montre qu'il ne s'est pas produit d'ostéite entre les fragments; il faudrait faire une coupe pour savoir s'il y a un vrai cal osseux ou si les fragments ne sont pas restés réunis par des portions tassées de tissu spongieux. M. Nicaise demande à M. Verneuil s'il n'y avait pas de caillots sanguins dans l'articulation à l'autopsie; il a en effet trouvé un caillot fibrineux dans l'articulation de l'épaule, deux mois après une luxation de cette articulation.

M. Verneuil. On n'a rien trouvé dans l'articulation. Quant à l'ostéite, son absence s'explique par ce fait que le périoste de la rotule paraît impropre à la formation de stalactites osseuses que l'écartement des fragments n'empêcherait pas de se produire isolément sur chacun d'eux.

M. Henriet *Des fractures de la rotule et du rôle de l'atrophie musculaire dans les fonctions du membre blessé.* Rapport de M. Richelot.

Chez un malade atteint de troubles moteurs dans le membre inférieur droit, suite lointaine et exceptionnelle d'une paralysie infantile, M. Henriet observa successivement l'apparition d'une hémohydarthrose traumatique du genou du côté malade, puis d'une fracture de la rotule de cause musculaire qui resta inaperçue pendant plusieurs jours et fut suivie d'un écartement de quatre travers de doigt entre les fragments. L'atrophie musculaire avait été auparavant soignée et améliorée, et, grâce à la

renaissance de son triceps, ce malade marchait mieux avec sa fracture de rotule qu'au moment où il avait une rotule saine et des muscles atrophiés.

M. Queirel. *Cinq observations d'hystérectomie.*

M. Fort. *Plusieurs observations d'hystérectomie et d'ovariotomie.* Rapport de M. Lucas-Championnière.

Dans l'opération de l'hystérectomie pour les corps fibreux, un point important est encore en discussion : c'est le traitement du pédicule. Les premiers opérateurs, et parmi eux Péan et Kœberlé, laissaient toujours le pédicule au dehors; depuis, des tentatives ont été faites pour éviter cette complication du traitement ultérieur des opérés, mais les résultats de la réduction du pédicule ont presque tous été déplorables. Une statistique intégrale n'apprendrait pas grand'chose sur la valeur relative des deux méthodes de traitement, les uns, comme Schrœder, opérant tous les corps fibreux un peu volumineux et les autres ne se décidant à intervenir que quand les accidents leur forcent la main, de sorte que les malades ne se trouvent pas dans des conditions de résistance comparables.

Personnellement, M. Lucas-Championnière a fait deux opérations de Porro, qui ont été suivies de succès (la réduction du pédicule est injustifiable dans cette opération), et deux hystérectomies avec traitement extra-péritonéal du pédicule, dont l'une a guéri après des accidents réflexes formidables probablement dus en partie à l'inclusion d'une portion de la vessie dans le pédicule et dont l'autre est en bonne voie. Dans un seul cas, il a réduit le pédicule, à cause de l'insubordination de la malade, chez laquelle les pansements auraient été impossibles, et la mort est survenue le quatrième jour. M. Queirel a obtenu trois succès sur cinq cas avec le traitement externe du pédicule, et M. Fort deux morts sur trois opérations, en le réduisant. En résumé, M. Lucas-Championnière se rattache au traitement extra-péritonéal du pédicule, l'autre procédé exposant à des désastres inattendus. Il fait toutefois des réserves à cette proposition générale : les vaisseaux de la trompe et de l'ovaire doivent être liés à part et réduits, et l'on peut accepter le traitement intra-péritonéal quand les tumeurs fibreuses sont sous-péritonéales ou quand des adhérences rendent impossible la fixation du pédicule dans la plaie abdominale.

M. Lucas-Championnière étudie ensuite ce que chacune de ces communications présente de particulier. M. Queirel a eu sur cinq cas, trois guérisons et deux morts, l'une par hémorrhagie et l'autre par dépression au bout de quarante-huit heures. Il conclut avec raison de son travail que l'hystérectomie est indiquée en cas de troubles généraux ou d'augmentation rapide du corps fibreux et que, même en l'absence d'hémorrhagie, la gêne de la marche et les troubles circulatoires peuvent justifier l'intervention. Mais il exagère quand il compare l'hystérectomie à l'ovariotomie. Les kystes de l'ovaire en effet, fatalement progressifs, constituent une indication opératoire bien plus impérieuse que les fibromes, que peuvent améliorer la ménopause, la grossesse et même un traitement hydrominéral; en outre, après l'ovariotomie, le shock et l'épuisement sont les seules cau-

ses de mort en dehors de la péritonite septique, que M. Lucas-Championnière n'a jamais rencontrée, tandis qu'on peut observer après l'hystérectomie des accidents réflexes formidables, pouvant débuter le sixième et même le neuvième jour après l'opération la plus simple; ces accidents sont rares au contraire après l'ovariotomie et n'accompagnent que les opérations compliquées. Ils sont d'autant moins à craindre que l'on enlève une plus petite portion de l'utérus.

Dans la communication de M. Fort, il faut relever une extirpation incomplète par le vagin de tumeurs fibreuses multiples volumineuses avec application d'un serre-nœud, qui fut suivie de mort par hémorrhagie et septicémie; le serre-nœud et l'écraseur ne valent rien pour ces opérations, il faut énucléer avec des ciseaux ou faire franchement l'hystérectomie. Cet auteur a fait trois hystérectomies, deux avec réduction du pédicule et mort et une qui a guéri, avec pédicule externe. Enfin il a pu guérir une malade atteinte de grossesse extra-utérine ancienne.

M. Terrier. *De l'hystérectomie.*

M. Terrier a pratiqué sept fois cette opération et a eu quatre morts et trois guérisons, au nombre desquelles il met une malade opérée il y a quinze jours et en très bonne voie. Les opérations comprennent deux ordres de cas bien distincts : dans les uns, l'hystérectomie a été pratiquée de parti pris pour des tumeurs de l'utérus, et dans les autres elle a été faite forcément comme complément de l'ovariotomie, à cause d'adhérences inséparables, dans des cas par conséquent déjà difficiles et graves en dehors même de l'ablation de l'utérus.

Trois des opérations de M. Terrier, dont deux morts et un succès, appartiennent à cette dernière catégorie. Chez la première malade, on avait diagnostiqué une tumeur solide de l'utérus et un kyste de l'ovaire, et on trouva pendant l'opération deux tumeurs, l'une liquide et l'autre solide, de l'ovaire, avec adhérences à l'utérus impossibles à séparer. Traitement externe du pédicule, maintenu par des broches en croix. Opération durant deux heures un quart, sans spray, mais avec les précautions antiseptiques. Mort le troisième jour de péritoine aiguë. La seconde malade, âgée de soixante-trois ans, avait un énorme kyste de l'ovaire très ancien, adhérent au plancher du bassin et qui ne put être enlevé qu'incomplètement, malgré la résection de l'utérus. Mort de shock. Enfin la troisième malade avait une énorme tumeur fibro-kystique intra-péritonéale qui nécessita la résection d'une portion d'utérus; le pédicule fut maintenu au dehors par des broches en croix; cette malade, opérée depuis quinze jours, est en bonne voie de guérison.

Sur les quatre malades qui ont subi l'hystérectomie de propos délibéré M. Terrier a obtenu deux guérisons et deux morts. La première avait un corps fibreux du volume d'une tête d'adulte et mourut le cinquième jour avec des phénomènes nerveux; le pédicule avait été maintenu au dehors. La seconde, dont l'observation a été publiée dans le n° 4 de la *Revue de chirurgie* de 1881, qui avait un sarcome kystique de l'utérus et qui fut soignée aussi avec le pédicule au dehors, guérit parfaitement et va encore

très bien aujourd'hui; elle est régulièrement réglée. Chez la troisième malade, il restait après la section une portion de corps fibreux dans le pédicule, et son ablation diminua le volume de celui-ci au point de nécessiter sa réduction, qui fut faite après l'application de la suture en chaîne de Thorton et une hémostase très complète; la malade mourut cependant d'hémorrhagie. Aussi M. Terrier conseille-t-il dans ce cas d'ajouter à la suture en chaîne, qui se relâche, l'affrontement des surfaces de l'entonnoir creusée dans l'utérus, par le procédé de Schrœder. La dernière malade portait une tumeur fibreuse peu volumineuse et une énorme ascite, qui rendait très difficile le diagnostic, qui ne fut complet qu'après l'incision abdominale. M. Terrier chercha à attirer la tumeur et à la pédiculiser avec deux fils de fer et des ligateurs Cintrat; mais la tumeur se coupa sous la constriction : on put alors décortiquer le fibrome d'un côté, puis de l'autre, formant ainsi une cupule creusée dans le tissu utérin, sans qu'on ait constaté de communication avec la cavité utérine. Après avoir rétabli en arrière par sept sutures au catgut la continuité de cette cupule, qui avait été déchirée pendant l'énucléation, M. Terrier en sutura les bords à la paroi abdominale et y plaça deux drains. La guérison fut complète. Ce procédé accidentel est bon à noter dans le cas où l'on se trouverait en face d'une tumeur dont le volume rendrait l'énucléation possible; M. Lucas-Championnière l'a d'ailleurs déjà employé une fois depuis.

En résumé, il y a trois types opératoires :

1° Pédiculisation de la tumeur avec des broches et un fil de fer, par le procédé classique;

2° Réduction du pédicule après hémostase complète et définitive, pour laquelle la suture en chaîne est insuffisante : il faudrait y ajouter la suture des lèvres de la plaie utérine ou employer des fils élastiques;

3° Enucléation du fibrome s'il est volumineux et suture des bords de la cavité ainsi formée, retrécie au besoin, aux lèvres de la plaie abdominale.

En somme, l'hystérectomie est une opération très acceptable, qu'il faut perfectionner pour qu'elle devienne moins grave.

M. Pozzi. *Sur la ligature élastique.*

M. Pozzi croit la ligature élastique très utile après l'hystérectomie pour parer à l'hémorrhagie; il résume devant la Société la manière de faire des chirurgiens qui l'emploient et présente une pince qu'il a fait construire pour faciliter l'application de cette ligature. C'est un ligateur construit sur le plan de celui de Cintrat et muni d'un petit excentrique qui permet d'aplatir et de fixer les tubes de caoutchouc. On peut se servir de cette pince pour placer les ligatures ou la laisser à demeure comme un clamp.

Quand on réduit le pédicule avec une ligature élastique, cette dernière s'élimine constamment.

M. Terrier. Très bonne quand le pédicule reste au dehors, cette ligature est discutable quand on le réduit; il faut chercher si la suppuration

qu'elle entraîne forcément est compensée par la sécurité qu'elle donne contre l'hémorrhagie, et s'il n'y aurait pas d'autre moyens d'assurer l'hémostase.

M. Dieu. *Documents pour servir à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite.* Rapport de M. Chauvel.

Ce travail, qui contient l'indication bibliographique très exacte de tous les cas authentiques de cette affection, se termine par les conclusions suivantes :

1° Les kystes hydatiques de l'orbite sont analogues à ceux des autres régions ; rarement toutefois on y rencontre des crochets.

2° Ils sont plus fréquents chez les hommes ; on les a rencontrés de quatre ans et demi à quarante-deux ans.

3° Leurs symptômes sont ceux des autres tumeurs de l'orbite : douleurs violentes névralgiformes, quelquefois tendance au sommeil, etc. Le frémissement hydatique n'est pas appréciable.

4° Leur marche est généralement assez lente ; elle a été de six ans dans un cas ; quelquefois elle peut être rapide. Ces kystes peuvent communiquer avec le cerveau, qui leur transmet alors des battements (M. Chauvel conteste cette conclusion).

5° La ponction et l'analyse du liquide sont nécessaires au diagnostic.

6° Le pronostic est sérieux pour l'œil ; la vision a été en effet sur 21 cas affaiblie 6 fois, perdue 12 fois et conservée 3 fois seulement. Une ponction précoce le rendrait moins sombre. Il est moins grave pour la vie.

7° Il faire une ponction pour assurer le diagnostic, et ensuite, dès que la nature de la tumeur est reconnue, inciser largement et enlever les membranes hydatiques quand elles se présentent à l'orifice.

M. Chrétien. *Suture nerveuse du médian avec restauration fonctionnelle de la sensibilité et des mouvements.* Rapport de M. Richelot.

Dans son rapport présenté à ce sujet à la Société le 23 mai dernier, M. Richelot s'était arrêté aux conclusions suivantes : après la section d'une gros tronc nerveux, la sensibilité se rétablit plus ou moins complètement par les voies collatérales, mais les mouvements restent abolis, parce qu'il n'y a pas d'innervation collatérale pour les muscles ; malgré la suture nerveuse, aucun fait n'a encore démontré *chez l'homme* le rétablissement du courant nerveux à travers une cicatrice.

L'observation de M. Chrétien paraît démontrer la possibilité de la régénération nerveuse. Il s'agit d'un garçon de 18 ans qui avait eu le nerf médian sectionné au-dessus du poignet ; les deux bouts furent suturés au catgut et les muscles régulièrement électrisés. Deux mois après l'opération, les mouvements reparaissaient un peu, et dix-huit mois après les mouvements étaient faciles et corrects, et toute trace d'atrophie avait disparu. Ce retour fonctionnel ne peut s'expliquer par l'anastomose du médian et du cubital dans la paume de la main. En outre, M. Richelot a trouvé une observation analogue dans la *Lancet* du 4 août 1883. Suture du nerf radial six mois après sa division complète, avec restauration fonc-

tionnelle douze mois après l'opération, chez un sujet de treize ans et demi.

La régénération nerveuse est donc possible chez l'homme, au moins chez les sujets jeunes.

M. Berger. *Tumeur de la joue.*

Il s'agit d'un homme de trente ans qui depuis l'âge de quatorze ans porte à la joue une tumeur molle qui augmente sans cesse.

M. Berger croit à l'existence d'un angiome veineux développé au niveau de la boule graisseuse de Bichat. En même temps existait au même point un calcul salivaire qui a été enlevé.

M. Gouguenheim. *Laryngotomie inter-crico-thyroidienne. Insuccès.*

Un malade subit cette opération pour une sténose glottique de cause obscure; elle se fait très facilement, sauf une fracture du cartilage cricoïde, qui était carié, et le malade meurt brusquement un jour et demi après. L'autopsie ne fait rien trouver au cœur ni au poumon qui puisse expliquer la mort; la canule était bien en place, et M. Gouguenheim se demande quelle peut être la cause d'un dénouement aussi rapide, qu'il n'a jamais observé après la trachéotomie chez l'adulte.

La carie du cricoïde, impossible à diagnostiquer quand elle est isolée comme ici, doit-elle être considérée comme une contre-indication à l'emploi de ce procédé de trachéotomie.

Accessoirement M. Gouguenheim dit qu'il a déjà pratiqué l'*anesthésie chez des asphyxiques* par obstacle laryngien et que des symptômes menaçants cèdent d'une façon remarquable à la chloroformisation, qui rend en même temps l'opération très facile. L'anesthésie dans les affections laryngiennes mériterait d'être étudiée; peut-être, sans penser bien entendu à la présenter comme pouvant remplacer la trachéotomie, pourrait-elle dans le croup amener une sédation de phénomènes asphyxiques imminents.

M. Monod. *Rapport sur des observations de taille hypogastrique envoyées par MM.* Mouchet, Jobart, Villeneuve et Giroux.

Le procédé employé dans tous ces cas a été le procédé actuel, et les résultats ont été excellents et rapides, sauf la fistule temporaire chez un malade; on peut dire que la taille hypogastrique est la moins meurtrière de toutes les tailles, et telle est l'opinion de M. Guyon, qui la pratique maintenant de préférence; mais, il faut prendre garde de la faire trop facilement quand on n'est pas habitué à la lithotritie; dans les cas actuels en particulier, il n'est pas prouvé que la lithotritie n'eût pas été possible; le volume et l'extrême dureté de la pierre sont les deux principales et presque les deux seules indications de la taille.

En résumé, la taille hypogastrique est une opération bonne, sûre et simple. La pratique courante est en somme celle des anciens maîtres avant les complications apportées par frère Côme et Belmas, sauf l'emploi du ballon rectal.

M. Trélat. *Taille hypogastrique.*

M. Trélat apporte un nouveau fait de taille hypogastrique faite avec succès par la méthode améliorée. Il met au premier rang les lavages antiseptiques et les tubes évacuateurs,et croit le ballon de Peterseen utile, mais non indispensable.

M. Villeneuve, de Marseille. *Hystéro-épilepsie après un traumatisme opératoire.* Rapport de M. Terrier.

Mlle B..., âgée de vingt et un ans, portait au-dessus du sourcil droit un petit kyste séreux (?), pour l'ablation duquel elle fut endormie. Une crise hystérique violente, la première de toutes, éclata au milieu de l'opération, le chloroforme dut être donné en grande quantité. Huit jours après survint une nouvelle attaque, puis les crises se répétèrent tous les jours et bientôt deux ou trois fois par jour. En outre à chaque époque survint une poussée d'ecthyma, dit M. Villeneuve, qui s'atténua chaque fois. M. Terrier pense qu'il s'agit plutôt d'un herpès traumatique par névrite. Un traitement par les bromures alcalins, les douches et une saison d'eau n'empêcha pas les crises de se reproduire à chaque époque depuis l'opération.

En somme, il s'agit d'une jeune fille, née d'une mère nerveuse, mais sans manifestation antérieure du même genre, chez laquelle les crises apparaissent et persistent après une opération. D'après les détails de l'observation, M. Terrier croit qu'il s'agit de grande hystérie plutôt que d'hystéro-épilepsie.

La crise première peut être mise ici sur le compte de l'émotion, du chloroforme ou de traumatisme qui y a contribué puisqu'elle n'est survenue qu'au milieu de l'opération. M. Terrier examine successivement la valeur de ces trois facteurs comme cause déterminante d'une première manifestation hystérique.

L'influence de l'émotion n'est pas douteuse, et il est inutile d'y insister. Celle de l'anesthésie serait acceptable, d'après M. Charcot; en tout cas, elle est une occasion fréquente d'attaque chez les hystériques confirmées. Pour le traumatisme, Brodie reconnaît qu'il peut faire éclater des accidents locaux ou généraux; sous le nom d'*hystérie locale*, M. Charcot a décrit les accidents qui peuvent survenir chez les hystériques latentes sous l'influence d'un traumatisme même léger et qui consistent en hyperesthésie cutanée avec irradiations contractures, centripètes, pouvant être suivies plus tard d'analgésie et de parésie, accidents parfois d'une ténacité désespérante.

Les accidents généraux, les attaques vraies, survenant après les traumatismes sont plus rares et moins connus. Ils apparaîtraient plus souvent sous cette influence chez les sujets prédisposés dont la diathèse s'éveille que chez des hystériques confirmées.

M. Nicaise signale comme exemple de développement d'accidents nerveux sous l'influence d'une émotion le cas d'un malade actuellement dans son service pour une fracture de la colonne vertébrale consécutive à une chute d'un échafaudage pendant une attaque d'épilepsie et dont la pre-

mière attaque a eu lieu pendant la Commune au moment où l'on s'apprêtait à le fusiller. Cet homme n'a aucun antécédent héréditaire de ce genre.

Quant à l'influence des anesthésiques sur les accidents nerveux, elle peut s'exercer en des sens différents : tantôt elle les produit, tantôt elle les fait cesser. M. Nicaise a observé une cataleptique que l'on ne pouvait réveiller qu'en lui faisant respirer du chloroforme.

M. Verneuil ne connaît pas de cas dans lesquels l'anesthésie ait fait éclater pour la première fois des accidents hystériques. Il rapporte deux faits dans lesquels le traumatisme, isolé de toute autre cause, a déterminé des phénomènes d'hystérie locale.

M. Polaillon communique à la Société une observation de *hoquet hystérique* survenu après une amputation du gros orteil chez une jeune fille qui n'avait jamais présenté de symptôme d'hystérie. Ce hoquet a cédé en quelques jours au chloral et aux antispasmodiques.

M. Poulet. *Angiome pulsatile traumatique de la tempe et du pavillon de l'oreille traité sans succès par la ligature des artères afférentes et les injections coagulantes et extirpé avec succès.* Rapport de M. Richelot.

(Voir le compte rendu de la séance du 3 octobre, in *Revue de chirurgie*, n° de novembre 1883, page 902.)

Des cas d'embolie pulmonaire grave et même de mort après l'emploi des injections coagulantes montrent que ce mode de traitement n'est pas sans danger; en outre, il aboutit souvent à des insuccès et demande pas mal de temps. Il est donc préférable de recourir à l'extirpation, qui a toujours ou presque toujours donné des succès.

M. Dubourg, de Bordeaux. *Sur quelques observations d'ostéotomie appliquée au redressement des membres.* Rapport de M. Polaillon.

Dans les deux premiers cas, M. Dubourg a fait l'ostéotomie chez des enfants de quatre ans pour un genu valgum double chez l'un d'eux et simple dans l'autre. La guérison a été rapide et complète. M. Polaillon est partisan de l'ostéotomie par le procédé de Mac Ewen; mais il ne la croit pas indiquée dans des cas semblables où l'ostéoclasie par le procédé de Delore est facile et moins dangereuse, quels que soient les progrès de l'antiseptie. L'ostéoclaste de M. Collin permet d'éviter tout désordre articulaire, n'a jamais ocasionné d'accidents mortels et n'échoue que chez les adultes, dont les os sont trop durs; aussi chez ces derniers, mais seulement chez eux, l'ostéotomie est-elle préable.

La troisième observation de M. Dubourg a trait à une incurvation rachitique du tibia traitée par l'ostéotomie linéaire et guérie seulement après suppuration au bout de deux mois chez un enfant de 28 mois. Elle montre une tendance abusive et regrettable à opérer, car chacun sait qu'à cet âge les courbures rachitiques peuvent encore disparaître, de même qu'elles peuvent se reproduire après l'opération.

Dans le dernier cas, au contraire, l'opération était parfaitement justifiée; M. Dubourg a fait une ostéotomie cunéiforme pour redresser un

genou ankylosé à angle droit après une résection pour tumeur blanche mal surveillée; le malade a très bien guéri et peut marcher.

M. Reclus a fait 9 ostéoclasies avec l'appareil de M. Collin et a eu 9 succès. Les malades avaient de deux à sept ans.

M. Verneuil, sans être hostile à l'ostéotomie, préfère l'ostéoclasie pour le genu valgum et les incurvations rachitiques. En cherchant à redresser une ankylose angulaire, M. Verneuil a fracturé le fémur près de l'articulation chez un enfant qui a guéri avec une jambe droite; on pourrait faire de parti pris cette rupture osseuse, facilitée par la fragilité persistante des os après les tumeurs blanches. On sait que dans ces cas il faut commencer par exagérer la flexion avant de redresser.

M. Berger. L'ostéoclasie est l'opération de choix chez l'enfant.

M. Terrillon a fait un certain nombre d'ostéoclasies manuelles en 1878 et 1879, avec grande facilité, il ne croit pas qu'un appareil soit utile pour des enfants de trois à cinq ans.

M. de Saint-Germain. *Présentation d'un ostéotome.*

Pour les jambes en lame de sabre présentant une double déviation antéro-postérieure et latérale, de sorte que les plantes des deux pieds se regardent, les manipulations et les appareils n'ont plus d'effet après deux ans et l'on doit recourir à l'ostéotomie cunéiforme, qui peut seule redresser ces membres. L'éburnation des os rend cette opération très longue, très difficile et très pénible avec le ciseau; d'autre part, la scie a l'inconvénient de faire de la poussière d'or. Pour enlever le coin osseux, M. de Saint-Germain a imaginé un instrument composé de deux mors coupants analogues à un bec de perroquet et de deux énormes bras de levier qui doivent être manœuvrés par un aide pendant que le chirurgien place lui-même les mors sur l'os dénudé. Dans les expérimentations faites sur le cadavre, le coin enlevé a été parfait sans aucun éclatement de la diaphyse, et M. de Saint-Germain se propose d'employer cet instrument à la première occasion.

Ostéotomie et ostéoclasie (suite de la discussion).

MM. Polaillon et Labbé rappellent que M. Robin, de Lyon, a présenté à la Société un ostéoclaste avec lequel M. Daneil Mollière a fait quatre-vingt-une opérations sans le moindre incident fâcheux. La moyenne de la consolidation a été de trente-cinq jours pour les adultes.

M. Tillaux rappelle qu'il a pratiqué le premier à Paris l'ostéoclasie manuelle; au lieu de presser, comme Delore, sur le sommet de l'angle formé par la jambe (couchée sur sa face externe), quand la hanche et le talon reposent sur une table, M. Tillaux fait appliquer par un aide la face interne de la cuisse sur une table, le condyle interne étant pres du bord de la table, et redresse le membre en se servant de la jambe comme bras de levier; c'est ce procédé qui a inspiré à M. Collin l'idée de son appareil. M. Tillaux fait une grande différence entre le genu valgum rachitique et le genu valgum vrai, l'opération, rarement indiquée pour le premier, étant tout à fait autorisée pour le second, qu'il est extrêmement rare de

pouvoir guérir autrement. D'après les résultats de sa pratique, il préfère l'ostéoclasie à l'ostéotomie, le seul reproche à la première opération étant d'exposer à des lésions ligamenteuses qu'il n'a jamais observées dans les trente cas qu'il a opérés, sauf peut-être chez une malade du service de M. Duplay.

M. Delens a fait depuis 1875 le redressement du genu valgum sur dix sujets, deux fois par l'ostéoclasie manuelle, qui a causé des désordres articulaires traduits par un épanchement immédiat et un peu de gêne dans la marche; quatre fois avec l'ancien appareil Collin, qui a amené aussi presque constamment de l'épanchement articulaire et une vraie arthrite dans un cas; les malades ont pû porter un appareil inamovible quatre ou cinq mois et ne marchaient pas encore très bien quand ils ont été perdus de vue; enfin quatre fois par l'ostéotomie, qui n'a amené ni réaction articulaire, ni accident quelconque, et n'a nécessité qu'un séjour au lit de cinq semaines environ. L'avantage paraît donc rester à l'ostéotomie; mais il faut dire que l'appareil Collin modifié, prenant ses deux points d'appui sur le fémur, n'expose plus aux lésions articulaires et donne des résultats qu'on ne peut composer à ceux de l'ancien appareil; aussi M. Delens serait-t-il tenté de revenir à son emploi.

M. Verneuil. Le genu valgum ordinaire, non rachitique, par défaut d'ossification des cartilages interépiphysaires, est parfaitement curable par les moyens mécaniques sans opération quand il est récent, mais le traitement demande cinq ou six mois. Le nouvel appareil de M. Collin, vrai ostéoclaste et non syndesmoclaste, comme l'ancien, peut cependant déterminer de l'arthrite quand la fracture siège trop près de l'articulation; aussi vaudrait-il peut-être mieux de chercher à faire constamment une fracture sus-condylienne du fémur.

M. Nepveu. *Résection de la hanche.*

M. Nepveu rapporte l'observation d'une résection de la hanche pratiquée par M. Verneuil pour une covalgie d'enfance chez une jeune fille de dix-sept ans. La malade a guéri avec ankylose coxo-fémorale complète et un raccourcissement de 10 centimètres. Elle présente encore une petite fistulette et marche bien.

M. Bertin, de Gray. *Trois observations cliniques.* Rapport de M. Richelot.

La première observation a trait à un *rein flottant;* la seconde à un *abcès du rein* survenu après un accouchement.

Dans sa dernière observation, M. Bertin rapporte un cas de traitement d'un très volumineux *angiome de la région parotidienne* et de la joue chez un enfant d'un an par ligature de la carotide primitive. Cette ligature n'a été suivie d'aucun effet fâcheux; la tumeur s'est affaissée, et les battements ont reparu ensuite dans le bout périphérique de l'artère.

M. Hache.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Pathologie générale.

L'histogenése et l'histologie des sarcomes, par le prof. **Ackrmann** (de Halle) (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, nº 233, 234).

Les sarcomes ont une structure fasciculée. Dans l'axe du faisceau se trouve souvent, et toujours dans les premiers stades du développement, un vaisseau sanguin, qui ne consiste primitivement qu'en un tube endothélial. A ce tube s'appliquent extérieurement les corpuscules caudiculé ou fibro-plastiques ou cellules fusiformss, variables de forme et de grandeur, qui donnent naissance à de fines fibrilles identiques à celles du tissu conjonctif. Les mailles du réseau que forment les fibrilles en s'anastomosant, sont remplies de sérum contenant de la mucine.

Le sarcome se développe par prolifération des cellules adventices des vaisseaux capillaires de nouvelle formation. A mesure que la structure fibrillaire se développe, la surface extérieure du faisceau se lisse et se trouve alors recouverte d'une simple couche de cellules plates. Ces cellules ont apparemment la signification de l'endothélium des espaces lymphatiques interfasciculaires formés par la surface extérieure des faisceaux.

Les cellules plasmatiques se trouvent presque toujours dans les sarcomes en quantités considérables; elles forment l'élément caractéristique des sarcomes à grandes cellules rondes. Dans les sarcomes à petites cellules rondes, on trouve, outre les éléments fibro plastiques, des leucocytes et des éléments ressemblant aux corpuscules muqueux ou à certaines cellules glandulaires. On rencontre encore dans les sarcomes des « Mastzellen » et des cellules géantes qui proviennent des éléments fibroplastiques.

Le sarcome mélanique se développe probablement par prolifération des cellules pigmentaires qui entourent les vaisseaux du tissu-mère. Le myxome a perdu son droit à une existence indépendante depuis qu'on a démontré que la mucine est un élément constant de tous les tissus appartenant aux substances conjonctives. Ce qu'on a appelé siphonome, cylindrome, sarcome utriculaire, angiosarcome appartient au sarcome. L'expression de sarcome plexiforme n'est pas juste non plus. Je ne puis pas admettre davantage celle d'angiome muqueux prolifère.

La propriété essentielle du sarcome consistant dans la prolifération de

l'endothélium qui tapisse les espaces lymphatiques, le nom de sarcome ou mieux d'endothéliome interfasciculaire sera le plus caractéristique. S'il s'agit d'un développement cellulaire dans l'intérieur des vaisseaux sanguins, on a un sarcome ou endothéliome intravasculaire.

Une tumeur analogue se développe dans les séreuses et se produit par prolifération des cellules endothéliales des petits vaisseaux lymphatiques. On l'a appelée carcinome endothélial, il faudrait lui donner le nom d'endothéliome ou sarcome lymphangiomateux.

Si des particules de la tumeur primitive se détachent et sont entraînées par la circulation, elles continuent à proliférer loin du tissu-mère dans le tissu avec lequel ils sont en contact, pour donner une tumeur secondaire.

Les sarcomes ne proviennent pas de germes embryonnaires, mais de la prolifération d'éléments complètement développés, auxquels il faut reconnaître une prédisposition héréditaire ou acquise qui à un certain moment de leur vie les fait proliférer d'une manière atypique. L'irritation ne joue qu'un rôle secondaire, et il est douteux qu'elle soit absolument nécessaire pour la genèse d'une tumeur.

Le sarcome consiste en une hyperplasie de cellules conjonctives, qui d'ordinaire arrivent aussi à un volume anormal, et ce sont les vaisseaux normaux et complètement développés du tissu conjonctif normal qui lui donnent naissance. Les sarcomes envoient dans leur voisinage leurs faisceaux pourvus d'un vaisseau central et amènent l'atrophie des tissus par la compression qu'exerce leur développement. L'accroissement se fait toujours dans la direction des éléments qui offrent la moindre résistance. La malignité de la tumeur, en tant qu'elle dépend de sa rapidité d'accroissement, est en rapport direct avec la facilité que trouvent les cellules à proliférer.

Souvent il se produit des foyers nécrosiques ou hémorrhagiques, qui donnent alors lieu à la catégorie des cysto-sarcomes.

D. E. Muller (de Strasbourg).

Quelques variétés de sarcomes des membres chez les enfants, par **Valude**, in *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, t. I, p. 412, septembre 1883.

Ce travail contient trois observations de sarcome développé aux dépens des os des membres ou du périoste, avec examen histologique complet des tumeurs enlevées.

Hartmann.

Tumeurs malignes de l'enfance, par **de Saint-Germain**, in *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, t. I, p. 27, janvier 1883.

Cinq observations de tumeurs malignes, non carcinomateuses, accompagnées de l'examen histologique. L'hérédité manque ; la cachexie est

rare ; la marche est extrêmement rapide ; enfin dans deux cas de sarcome embryonnaire, on a pu observer la régression des tumeurs, alors qu'aucun nouveau traitement interne n'avait été adopté, alors que les opérations les plus graves avaient été tentées sans succès et que la récidive avait suivi de très près les tentatives infructueuses. L'intervention chirurgicale, incessamment renouvelée, peut donc à la fin rester maîtresse du terrain et une période réparatrice venir combler une partie des pertes des tissus.

HARTMANN.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES A CONTENU HUILEUX par **A. Broca et G. Vassaux**, in *Arch. d'ophth.* juillet et août 1883.

A propos d'une observation de kyste dermoïde de la queue du sourcil, à contenu huileux, recueillie dans le service de M. Panas, observation analogue à celle publiée ici même (p. 806, octobre 1883) par M. Nicaise, les auteurs ont rassemblé les faits analogues qui existent dans la science. A la suite de l'histoire du malade et de l'examen très complet du liquide et de la paroi du kyste, nous trouvons le résumé de 29 cas incontestables de kystes à contenu huileux observés dans différentes régions. Une particularité à noter dans l'histoire de ces kystes, c'est que, quoique dermoïdes en général, ils sont transparents ; cela tient à la nature du contenu. L'huile serait fournie par les glandes sébacées de la paroi ; il se pourrait aussi que les granulations graisseuses contenues dans les cellules dégénérées fussent susceptibles d'être mises en liberté, en sorte qu'un kyste primitivement caséeux deviendrait huileux par transformation directe de son contenu.

HARTMANN.

TUMEUR GRAISSEUSE CONGÉNITALE SOUS LE MUSCLE OCCIPITO-FRONTAL, par le **Dr Tancrede**, in *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 410 808, 11 août 1883.

La tumeur est surtout intéressante par son origine fœtale. A trois semaines, elle était de la grosseur d'un haricot ; le seul caractère qui fit songer à un lipome était sa surface lobulée ; par exclusion, on en fit un kyste congénital. A l'ablation, on vit qu'elle siégeait sous l'aponévrose du muscle occipito-frontal. L'examen microscopique montra que c'était un lipome pur.

Dr LAURAND.

ULCÈRE PRÉSENTANT DES HÉMORRHAGIES SUPPLÉMENTAIRES par le **D. Hooper**, in *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 400, p. 433, 24 mars 1883.

Ulcère syphilitique de la jambe qui, trois ans après son début, commença à suppléer l'hémorrhagie menstruelle, tantôt coexistant avec un flux périodique atténué, tantôt le remplaçant complètement pendant trois ou quatre époques. L'écoulement était alors si abondant que le pied bai-

gnait dans le sang. Sous l'influence d'un traitement local et général, l'ulcère était en voie de guérison, lorsque survint une époque : les bourgeons charnus prirent une teinte rouge et enflammée, et il y eut transsudation abondante d'un sérum sanguinolent; le pied était très enflé, chaud, douloureux, au point qu'on dut enlever le bandage. A l'époque suivante, la congestion et la transsudation furent presque nulles. Enfin l'ulcère se cicatrisa. Divers auteurs ont cité des cas analogues. Les plus curieux sont celui de Blundell, où un ulcère de la main suppléait à l'hémorrhagie utérine, et celui de Boring, où, l'amputation ayant été nécessitée par l'extension de l'ulcère, on vit, aux époques, paraître sur le moignon des phlyctènes sanglantes.

Dr Laurand.

Remarques sur les altérations du sang dans l'erysipèle, par le **Dr Norton Whitney**, de Tokio (Japon), in *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 399, p. 394, 10 mars 1883.

Les observations ont été faites sur soixante et quelques cas d'érysipèle. Les altérations portent principalement sur les globules rouges; leur dimension est de près d'un dixième moindre que celle des globules normaux. Manasseïn avait rencontré déjà ce caractère dans la septicémie, la fièvre traumatique, et en général dans les températures élevées ou chez les animaux séjournant dans un milieu surchargé d'acide carbonique.

Les globules adhèrent entre eux, mais d'une façon irrégulière, qui n'est plus la disposition normale en piles. L'élasticité semble perdue; ils sont comme ramollis; la moindre pression les aplatit en flaments allongés ou fusiformes; parfois même, ils forment comme un courant jaunâtre qui traverse la préparation.

La décoloration apparaît très rapidement, ainsi que l'état crénelé, de même que dans le typhus et la pyohémie la proportion des globules blancs s'élève; dans quelques cas, 1 blanc pour 30 et même pour 15 rouges. Ces globules blancs sont de volume bien moindre qu'à l'état sain, parfois ils dépassent à peine les dimensions du globule rouge.

Dans presque tous les cas s'observent des globules petits, arrondis, fortement réfringents, analogues aux Hématoblastes d'Hayem et aux corpuscules élémentaires de Zimmermann. Des éléments semblables se rencontreraient dans la scarlatine et la fièvre typhoïde.

Dans 5 cas, tous graves, bactéries également dans le pus et l'urine, qui purent être cultivées pendant dix-huit mois; des inoculations tentées par l'auteur avec du sang et des urines restèrent sans succès : sur 25 cas de tentatives analogues, Tillmann n'aurait réussi que cinq fois. Fehleisen est arrivé à produire un érysipèle, avec cycle fébrile caractéristique, chez une femme de 58 ans atteinte de sarcomes multiples de la peau, par des inoculations de bactéries, à la quatrième génération de culture, prises dans les lymphatiques enflammées.

La formation du réseau de fibrine se produit très rapidement dans presque toutes les observations.

Enfin l'auteur a recherché l'action d'une solution de chlorure de fer sur les globules malades, et il a trouvé qu'elle faisait disparaître leur aspect visqueux.

Dr Laurand.

Ulcère chronique de la jambe, guéri par un érysipèle phlegmoneux, par le Dr **Nicholls**, in *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 412, 854 p., 8 septembre 1883.

Un ulcère siégeait à la partie antérieure de la jambe gauche depuis près de quinze ans. Un érysipèle se développe autour de lui : le tissu cellulaire se prit donnant lieu à un phlegmon assez étendu qui suppura. Plusieurs foyers abcédés s'ouvrirent et se remplirent de nouveau. La suppuration fut longue; mais une marche salutaire avait été imprimée à l'ulcère, qui diminua graduellement et, trois mois après le début des phénomènes inflammatoires, était cicatrisé.

Dr Laurand.

Disparition d'une tumeur du sein a la suite d'un érysipèle, par le Dr **Steln** (*Wracth*, t. III, n° 16, p. 262 (Saint-Pétersbourg, année 1882).

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme de quarante-huit ans, qui présentait une tumeur du sein droit développée depuis une année. La mamelle était très dure à la palpation, mamelonnée, immobile sur les couches profondes; la peau, adérente, présentait par places une coloration rouge violacée; point de ganglions appréciables dans l'aisselle. La malade, très affaiblie et anémiée, présentait un teint jaune pâle. Le caractère de la tumeur, l'état de cachexie assez avancé et l'âge de la malade faisaient diagnostiquer une tumeur maligne du sein, cancer ou sarcome; elle disparut à la suite d'un érysipèle

---

Pyohémie ayant duré six mois et suivie de guérison, par le Dr **Kilduffe**, in *Philadelphia med. Times*, vol. XIII, n° 400, p. 427, 24 mars 1883.

C'est à la suite d'un écrasement de l'index droit qu'apparaissent des phénomènes d'abord locaux de complication inflammatoire, puis bientôt de la fièvre, de l'élévation de température, avec réaction générale. Le premier accident est un phlegmon de l'index, du médius, remontant jusqu'au poignet : incision sans issue de pus; puis la seconde articulation de l'index se prend et devient le siège d'une arthrite : incision cruciale de la paume de la main et de toute la longueur du médius jusqu'à l'os. Pendant les deux semaines suivantes, six abcès se succèdent sur les faces antérieure et postérieure du bras. Alors surviennent des phlegmasies viscérales : orchite double, pneumonie bâtarde du poumon gauche , congestion du foie, jaunisse, diarrhée dysentériforme avec selles purulentes et sanglantes. Les reins se prennent ; pus et sang dans les urines ; réten-

tion d'urine, cathétérisme, incontinence d'urine, et abcès urineux au périnée. Pendant ce temps reparaissent des abcès au bras ; la deuxième phalange du médius est amputée ; enfin la série des accidents se termine par un large abcès vers la pointe de l'omoplate, qui finit par communiquer avec l'aisselle, formant une cavité qui va en avant jusqu'au sternum et en arrière jusqu'au-dessous des muscles de la gouttière. Malgré ces atteintes successives, le malade reprit le dessus et, après six mois de lutte, revint à la santé.

Dr Laurand.

Pustule maligne, transmise par un insecte de la tribu des acarides. Guérison par les injections hypodermiques de teinture d'iode. Par le Dr **Rigabert** (de Taillebourg). In *Journal des connaissances médicales*, 51e année, IIIe série, t. VI, no 29, 19 juillet 1883, page 227.

Fait intéressant par le mode de transmission et le succès du traitement. La pustule maligne siégeait à la région sous-scapulaire gauche, avec ses caractères très tranchés et ayant une largeur de 8 centimètres. Le traitement ne fut institué que six jours après le début, le médecin n'ayant été appelé qu'alors ; il consista en trois injections, de dix gouttes chacune, d'une solution de 2 grammes de teinture d'iode pour 100 grammes d'eau, injections pratiquées un peu en dehors de l'aréole vésiculaire. Ceci le premier jour. Elles furent répétées le lendemain et le surlendemain, en s'éloignant de l'aréole, et remplacées pendant quatre jours par des badigeonnages d'iode. La malade prenait, en outre, à l'intérieur, toutes les deux heures, deux gouttes de teinture d'iode. Au bout de dix jours, la guérison était complète. Quant à la transmission, elle s'explique par le voisinage immédiat de la malade avec une étable à moutons, et le fait que le chien, gardien du troupeau, était familier de la maison de la malade. Un insecte analogue à celui trouvé au foyer de la pustule fut rencontré, quelques jours après, adhérent à la peau du chien. C'était un ixode, de la tribu des acarides.

Dr Laurand.

II. — Voies urinaires.

La néphrite a frigore, par **Lancereaux**, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. I, p. 31, 1882.

M. Lancereaux fait suivre de quelques réflexions les observations de deux de ses malades. L'influence du froid est incontestable, la lésion porte sur les épithéliums des tubes contournés; le traitement consiste à rétablir les fonctions de la peau et à mettre le malade au régime exclusif du lait cru.

Hartmann.

Du rein mobile, par **Guiard**, in *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, t. I, p. 636 et 696, septembre et octobre 1883.

Nous trouvons ici un résumé de l'histoire du rein mobile. Le chapitre principal est celui du traitement. L'auteur résume de la façon suivante les indications thérapeutiques de l'ectopie rénale :

1° Peu ou point de signes fonctionnels. Traitement presque nul, précautions hygiéniques.

2° Crises douloureuses. Repos dans la position horizontale, surtout au moment des règles. Médication calmante.

3° Phénomènes inflammatoires. Bains. Cataplasmes, vésicatoires.

4° Douleurs continues. Même prescription. En outre, bandage ou ceinture. Patienter autant que possible jusqu'à la ménopause.

5° Enfin, si les phénomènes généraux sont inquiétants, la santé profondément atteinte, il convient de recourir à une opération.

Si le rein est ou paraît à peu près sain, pratiquer la fixation suivant la méthode de Hahn.

S'il est atteint de lésions graves, sarcome encéphaloïde, hydronéphrose, pyélo-néphrite suppurée, on sera autorisé à pratiquer de préférence par la voie abdominale l'opération radicale de la néphrectomie.

Hartmann.

Contribution a la chirurgie du rein, cas d'un rein mobile fixé au moyen d'une opération sanglante, par **Bassini** (*Ann. univ. di med. et chir.*, sept., 1882, vol. 261, page 281).

Femme de vingt-sept ans, malade depuis trois ans; elle commença à souffrir, sans cause connue, à la région lombo-épicolique, où elle ressentait des tiraillements, et à la région iliaque droite, où elle ressentait comme un poids. Le diagnostic de rein mobile fut facile. Pour remédier aux douleurs, l'auteur se proposa d'ouvrir la paroi abdominale postérieure et de fixer le rein; l'incision fut faite le long du bord externe de la masse sacro-lombaire et allant du dernier espace intercostal à la crête iliaque. En sectionnant avec précaution les aponévroses abdominales et en rasant les aponévroses d'enveloppe de la masse musculaire, il arriva facilement sur l'atmosphère graisseuse du rein, qu'il ne trouva pas à sa place, mais dans la fosse iliaque droite. La pression de la main le fit remonter au niveau de la plaie; l'opérateur découvrit son bord convexe et une partie de la face antérieure, et appliqua un premier point de suture au milieu du bord convexe; un deuxième sur la face postérieure, sur la limite du bord convexe, prenait en même temps les tissus profonds de la lèvre postérieure de la plaie. Un troisème point fut placé de même sur la face antérieure, près du bord convexe, qu'il réunit à la lèvre antérieure de la plaie. Pour mieux fixer le rein, le tissu cellulo-adipeux qui recouvre la moitié inférieure de cet organe fut divisé en quatre chefs, et chacun d'eux fut réuni : le premier aux parties molles du bord inférieur et de la face externe de la douzième côte; le deuxième un peu au-dessous de

cette côte, à la lèvre antérieure de la plaie; le troisième à la lèvre postérieure; le quatrième, qui correspondait à l'extrémité inférieure du rein, fut réuni aussi à la lèvre postérieure de la plaie, à un travers de doigt au-dessous du précédent et à deux travers de doigt au-dessous de la deuxième côte. Tout fut fait au catgut. Tube à drainage.

La sécrétion urinaire est restée tout le temps parfaitement normale. Le neuvième jour, la cicatrisation était complète, et le vingtième la malade sortait de l'hôpital. L'auteur l'a revue deux fois, et la guérison s'est toujours maintenue.

CATUFFE.

NÉPHROTOMIE POUR HYDRONÉPHROSE, GUÉRISON, par **Cabot** (*The Boston med. and. surg. journal* février 1883, vol. CVIII, p. 173).

Une fille âgée de dix ans fait une chute; pendant les deux ou trois jours suivants, ses urines sont sanglantes. Plusieurs semaines après, elle remarque que le côté droit du ventre se ballonne. Cette tuméfaction augmente progressivement, et la jeune malade entre à l'hôpital trois mois après l'accident.

Elle présente une tumeur fluctuante, remplissant le côté droit de l'abdomen et étendue jusqu'à la ligne médiane. Matité se continuant avec celle du foie et du rein et descendant jusqu'à un pouce de l'épine iliaque antérieure.

18 *avril* 1882. — Ponction aspiratrice donnant issue à 44 onces d'un liquide légèrement jaunâtre, à réaction alcaline et contenant de l'albumine (1/4 pour cent) et des globules sanguins à diverses périodes de dégénérescence.

27 *avril*. — Deuxième ponction. Liquide teinté de rouge; un peu d'urée.

6 *mai*. — Incision verticale le long du bord externe du carré lombaire. Kyste incisé et suturé à la peau ; sortie de deux à trois pintes d'un liquide ambré. Double tube à drainage. Pansement de Lister.

Le liquide examiné contient de l'urée, de l'acide urique, des globules sanguins et des cellules épithéliales.

14 *juin*. — Plaie complètement fermée.

19 *juin*. — Sortie de la malade.

Depuis cette époque, cette enfant a été parfaitement bien.

L'urine qui coulait par la plaie et à travers la vessie était également colorée, ce qui prouve que le rein conservait son activité et que l'uretère était redevenu perméable. Quand la fistule fut complètement fermée, la tumeur ne se reproduisit pas.

L'auteur préfère l'incision lombaire, parce qu'il pense que le danger de péritonite est plus sûrement évité.

Le rétablissement de la fonction urinaire dans ce cas montre que la néphrectomie eût été une mauvaise opération, car elle aurait détruit sans nécessité un organe utile.

Dans les cas d'hydronéphrose d'origine traumatique, la ponction ou l'incision agit comme dans les cas de rétention d'urine de même cause.

On sait que si, au moment de la distension de la vessie, un accident vient mettre obstacle au passage de l'urine, la ponction vésicale suffit pour rendre au canal sa perméabilité. De même, l'aspiration ou l'incision lombaire délivre l'uretère de sa compression et rétablit son calibre.

Si l'aspiration n'est pas suivie de fièvre, on peut la répéter souvent. Il y a des cas de guérison après huit aspirations. Mais, quand la fièvre apparaît, l'incision seule doit être mise en pratique.

G. Carron.

Néphrectomie, par incision abdominale, pour un rein flottant; guérison; par le Dr **Gill Wylie**, in *Philadelphia med. Times*, vol. XIV, n° 416, p. 114 (*Comptes rendus de la New-York patholog. Society*).

Femme de trente-quatre ans. Bonne santé, sauf des douleurs très violentes dans le côté droit du ventre. On sent, la malade étant debout, la présence d'un rein flottant. Incision à droite de l'ombilic; vaisseaux liés avec un fil de soie; plaie abdominale suturée. La malade rend, dans les premiers jours, vingt-quatre onces d'urine (680 grammes) journellement, puis, plus tard, plus d'un litre. Le huitième jour, on enlève les sutures. En dehors d'un petit abcès de la paroi abdominale, guérison rapide et parfaite. L'urine, qui avant l'opération contenait de l'albumine et du pus, ne contient plus qu'un peu de pus, soit que l'autre rein soit malade, soit qu'il y ait suppuration de l'uretère lié. Le rein enlevé contenait des tubercules et des bacilles de la tuberculose.

Le Dr Jocabi fait remarquer que ce n'est que rarement qu'un rein flottant nécessite la néphrectomie; il en a vu une trentaine, chez des femmes, des enfants, des hommes, et pas une seule fois l'opération n'a été pratiquée. Il recommande le port d'un bandage.

Dr Laurand.

Du développement spontané des gaz dans la vessie, par **Guiard**, in *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, tome Ier, pages 242, 285 et 363, 1883.

Après quelques mots sur les premières observations qui ont servi à établir la réalité du fait du développement spontané des gaz dans la vessie, M. Guiard passe à la description de ce symptôme. L'émission des gaz n'est en général précédée d'aucune sensation particulière; elle a lieu après celle de l'urine. Au moment où ils s'échappent, les gaz produisent parfois une véritable détonation, à laquelle succèdent un gargouillement dû au mélange des gaz et des dernières gouttes d'urine. Ces gaz n'ont aucune odeur; leur émission est irrégulièrement intermittente, sans que rien paraisse l'influencer. Les urine sont toujours acides; deux fois on les a examinées au microscope, et l'on a constaté des vibrions en grande quantité. Tous les malades qui ont présenté ce symptôme avaient été sondés plusieurs fois.

Comment expliquer ces faits? Des recherches historiques ne ressort rien qui satisfasse l'esprit. Pour M. Guiard, ces gaz seraient le résultat

d'une fermentation. Ses quatre malades étaient glycosuriques. On peut aisément supposer que l'introduction de la sonde a suffi pour apporter les germes nécessaires à la fermentation acide de ces urines sucrées, fermentation qui a lieu si facilement à l'air libre. M. Guiard propose de donnee à ce symptôme le nom de pneumaturie, qu'il préfère au mot pneumatosr vésicale que lui donnaient les anciens et à celui de pneumo-urie usité par Raciborski et Keyes. Le mémoire se termine par la relation des sept observations qui lui ont servi de base.

HARTMANN.

CAS DE FIBROME PAPILLAIRE DE LA VESSIE CHEZ UNE FEMME OPÉRÉE AVEC SUCCÈS, par **Frédéric Thorne** (*The Lancet*, 13 janvier 1883, p. 58).

Il s'agit d'une femme agée de vingt-huit ans, présentant d'abondantes hématuries qu'on mit d'abord sur le compte d'une ulcération tuberculeuse et pour laquelle on fit usage d'injections. Frédéric Thorne, consulté, pensa qu'il y avait dans la vessie quelques polypes. Le diagnostic fut confirmé par la sortie spontanée d'un petit fragment charnu du volume d'un petit pois, dans lequel l'examen microscopique révéla la présence de vaisseaux sanguins. L'opération était alors indiquée. La malade étant endormie, on pratiqua la dilatation de l'urèthre, et on trouva en effet une masse molle, attachée par un pédicule à la paroi de la vessie. Cette masse attirée au dehors avec une pince, on en sectionna la base avec des ciseaux, et le point d'implantation fut touché avec la teinture d'iode. La malade alla bien pendant quelques jours; mais le dixième jour elle eut une violente hémorrhagie, qui céda aux hémostatiques *intus et extra*. La tumeur, examinée par M. Butlin, était un bel exemple de fibrome papillaire. « Je pense que ces tumeurs, ajoute l'auteur, sont rares chez les jeunes sujets, mais je n'hésite pas à déclarer que, dans les hématuries de cause obscure chez la femme, on doit pratiquer la dilatation de l'urèthre pour éclairer le diagnostic. »

POUSSON.

EXPLORATION DE LA VESSIE PAR LA SECTION DE LA PORTION PÉRINÉALE DE L'URÈTHRE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'URÈTHRE, *voie thérapeutique offerte par cette section lorsqu'il existe des tumeurs, des calculs enkystés, etc.*, par **sir Henry Thompson**, in *the Lancet*, 3 février 1883, page 181, et 10 février, page 225.

L'auteur, après avoir rappelé les avantages d'une pareille exploration et étudié le manuel opératoire, rapporte quatorze cas où il l'a pratiquée; dans six de ces cas, il enleva des tumeurs du réservoir urinaire.

ALF. POUSSON.

Contribution clinique a l'étude de la taille hypogastrique, par **Guyon**, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, t. Ier, p. 1 et 97.

Dans ce travail, M. Guyon publie huit observations personnelles et à leur propos les différentes modifications qu'il a été amené à introduire dans la pratique de la taille hypogastrique. C'est ainsi qu'il a été conduit à préconiser la section rapide de la vessie après la lésion des plexus veineux antévésicaux, à se servir d'un ballon rectal en caoutchouc vulcanisé blanc à parois épaisses, à faire le drainage en flûte de Pan, à passer la tenette à chaîne articulée ou à faire le grugement pour les calculs très volumineux, à suturer ses tubes à drainage par un fil d'argent aux bords de la plaie.

Dès le début, M. Guyon a pratiqué le refoulement du tissu cellulo-graisseux et du cul-de-sac péritonéal tant pour éviter la lésion de ce cul-de-sac que pour ne pas léser les plexus veineux. A propos de la dilatation de la vessie, il rejette la distension forcée, la dilatation systématique de Petersen, à laquelle il substitue la dilatation successive (presser doucement sur le piston de la seringue en attendant que les premières révoltes de la vessie se soient apaisées).

Une des supériorités de la taille hypogastrique est de permettre l'emploi des pansements antiseptiques pour le traitement de la plaie, dont le chirurgien est maître aussi bien pendant l'opération que pendant le traitement.

La vessie doit être lavée à l'acide borique, les lèvres de la plaie avec la solution phéniquée forte. Ce n'est que vers le sixième ou huitième jour que l'on peut placer une sonde à demeure, lorsque la plaie dont on a suturé l'angle supérieur est en partie réunie.

Les résultats obtenus par M. Guyon sont plus satisfaisants que ceux que donnent les autres procédés de taille (sur 8 opérés, 5 guérisons, soit 62,5 0/0), surtout si l'on a égard à ce fait que les malades avaient cinquante à soixante-quatorze ans, que dans deux observations le malade était cachectique et que dans tous les cas il s'agissait de calculs très volumineux et très durs. C'est du reste là l'indication de la taille hypogastrique. Dans les autres cas, la lithotritie reste le procédé de choix, et l'on ne doit proposer la taille que si le broiement est impossible. Les lésions rénales, quoique rendant l'opération fort incertaine dans ses résultats, ne constituent pas une contre-indication. Chez la femme, la taille hypogastrique n'a pas la même importance que chez l'homme, vu la possibilité d'extraire des calculs volumineux avec un traumatisme très limité, taille vaginale, dilatation de l'urèthre.

Hartmann.

Taille hypogastrique, par M. **Monod** (*Gazette hebdomadaire*, 26 janvier 1883, page 62).

Tout en reconnaisant que le ballonnement rectal n'est pas un temps indispensable de la taille sus-pubienne, M. Monod se déclare cependant

partisan décidé de la méthode de Petersen. Par l'emploi du ballon, on obtient en effet, non un champ opératoire plus vaste, mais une application plus exacte et une sorte d'adhérence de la vessie à la paroi abdominale. Or l'accident le plus à craindre dans une opération de taille sus-pubienne est l'inflammation du tissu cellulaire rétro-pubien. Celle-ci reconnaît pour cause l'écoulement du liquide intra-vésical et plus encore le contact des doigts et des instruments derrière le pubis. Avec le ballon, ces inconvénients disparaissent; la vessie arrive sous la main de l'opérateur, qui peut à son aise l'inciser, la vider et au besoin même y appliquer des sutures Quoique abandonnée en France, la suture de la vessie ne mérite pas cette défaveur ; certains chirurgiens anglais l'emploient systématiquement et M. Monod n'est pas éloigné de croire qu'un jour peut-être on en rappellera de cette sorte de proscription.

M. Monod appelle l'attention des chirurgiens sur un accident opératoire peu fréquent : la rupture de la vessie pendant l'injection. Malgré la prudence avec laquelle l'opérateur pratique la distension de la vessie, il peut arriver que celle-ci, déjà altérée par le long séjour de la pierre, vienne à se rompre, ce que l'on reconnaît à la disparition de la matité sus-pubienne. Cet accident n'amène pas toujours de suites fâcheuses, surtout quand on a soin de refouler avec le doigt le péritoine descendu jusqu'au pubis. Le mieux cependant est de se prémunir contre cette éventualité, ce que l'on peut faire en ne dépassant pas le chiffre de 300 grammes dans la quantité de liquide à injecter dans la vessie.

A. Damalix.

Sur la taille hypogastrique, par le docteur **Makeeff** (Compte rendu de la séance du 7 avril de la Société des médecins russes, *Wratch*, 1883, n° 15, p. 234, Saint-Pétersbourg).

L'auteur, à propos d'une taille hypogastrique pratiquée par lui et suivie de succès, expose ainsi ses idées sur ce procédé opératoire :

Sur onze opérations faites par l'auteur au moyen de cette méthode, il n'y eut que deux cas de mort; dans l'un de ces cas, la mort était due à un érysipèle de la face; dans l'autre cas, le malade succomba par suite d'épuisement.

D'après l'auteur, cette opération, grâce à la méthode antiseptique, doit être mise au même rang que la taille périnéale.

Chez tous les sujets opérés par lui, l'auteur n'a jamais remarqué le passage de l'urine par la plaie; il a employé la sonde à demeure.

Schreider.

BIBLIOGRAPHIE

Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses, par le Dr **A. Chandelux.** — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1883.

Après avoir passé rapidement en revue la disposition et la structure normales des synoviales articulaires et tendineuses, l'auteur consacre un long chapitre à l'étude anatomique des fongosités, les divisant en fongosités inflammatoires simples et en fongosités du type des tumeurs blanches, qui diffèrent entre elles surtout au point de vue histologique. Se rencontrant assez rarement, les premières consistent en petits mamelons de tissu embryonnaire présentant exactement la structure des bourgeons charnus; elles sont susceptibles de se fusionner entre elles et de concourir à la formation d'une ankylose de guérison. Tout autre est la constitution des fongosités des tumeurs blanches et, se basant sur l'examen de nombreuses préparations et sur les résultats déjà signalés par d'autres (Volkmann, Lannelongue, Kiener et Poulet), le Dr Chandelux établit l'existence aussi bien dans les synoviales articulaires que dans les gaines tendineuses (Terrier et Verchère) de synovites fongueuses à nodules embryonnaires, de synovites fongueuses à évolution fibro-caséeuse, de synovites tuberculeuses à éruption discrète et à lente extension.

Mais l'histologie ne permet pas à elle seule d'affirmer la nature diathésique des productions fongueuses, aussi l'auteur relate-t-il avec détail les expériences intéressantes de Schüller, de König, de Hueter, qui montrent la synovite fongueuse reproduite chez des chiens en inoculant des tubercules pris ailleurs que dans les articulations et la fongosité articulaire d'une tumeur blanche, inoculée chez un animal, déterminant l'éclosion d'une tuberculose miliaire aiguë. Y a-t-il là une preuve suffisante de la nature tuberculeuse des fongosités du type des tumeurs blanches? Le Dr Chandelux en est à peu près convaincu, bien que dans un certain nombre d'examens des observateurs compétents aient vainement cherché la caractéristique des produits tuberculeux, le bacille de Koch.

Examinant la part qui revient au traumatisme dans le développement des arthrites ou des synovites fongueuses, il rappelle la remarquable expérience de Schuller, qui, inoculant de la matière tuberculeuse à des animaux et déterminant un traumatisme plus ou moins violent sur l'une des articulations du même animal, produisait dans la jointure ainsi contuse une évolution tuberculeuse caractérisée. L'étude clinique est brièvement traitée; puis vient un exposé des différents traitements. F. B.

Contribution a l'étude de la pathogénie des ulcères idiopathiques de la jambe, par **Michel Schreider**. Paris, 1883.

Comme on le voit, ce travail inaugural n'est qu'un chapitre très étudié de l'histoire des ulcères de jambe ; M. Schreider y examine l'étiologie et la pathogénie de cette affection si fréquente et si mal connue. La relation de l'état général avec l'ulcère, l'influence de l'âge, de la profession, du sexe, sont passées en revue ; dans la partie qui a trait à la pathogénie, l'auteur tient grand compte des divers troubles coexistants ou préexistants aux ulcères et cherche à en déterminer la valeur.

Ce sont les sujets dont l'état général permet de les classer parmi les arthritiques ou les herpétiques qui offrent surtout des ulcères de jambe. Contrairement à Parent-Duchâtelet, M. Schreider croit que les ulcères sont surtout fréquents de quarante à cinquante ans, et non de vingt à trente.

Les professions ne jouent qu'un rôle secondaire dans l'étiologie des ulcères ; elles font naître des causes occasionnelles. Des écorchures, des contusions, accidents dus au métier du malade, portant sur une jambe dont la circulation est défectueuse, sur un terrain déjà préparé, provoquent des solutions de continuité insignifiantes, qui sont les points de départ de la maladie. C'est pourquoi les femmes exerçant des professions moins sujettes aux traumatismes offrent plus rarement des cas d'ulcères.

Croyant qu'il serait prématuré d'écrire un chapitre complet de pathogénie, l'auteur ne fait que réunir et analyser les éléments disséminés un peu partout. La pathogénie de l'ulcère est très complexe. Il y a trois causes efficientes du travail ulcératif ; ces trois facteurs, par leur ordre d'apparition et de succession, sont groupés par l'auteur de la manière suivante :

1° La *phlébectasie veineuse*, apparaissant bien avant les autres troubles, entre vingt et trente ans. La dilatation variqueuse des veines profondes est surtout en cause. Chez tous ses malades, M. Schreider a constaté des varices superficielles, peu ou pas apparentes ; mais tous ont présenté des symptômes indiquant une phlébectasie profonde. Les varices sont les causes constantes, peut-être principales, mais non pas uniques de l'ulcération ; il faut donc autre chose que la phlébectasie et ses conséquences pour que l'ulcération survienne.

2° La *dégénérescence athéromateuse des artères* est une cause puissante qui s'ajoute à la première. Elle apparaît généralement de quarante à cinquante ans, époque à laquelle l'ulcère de jambe se rencontre le plus souvent. Prenant pour point de départ les opinions de Cornil et Ranvier, qui regardent les altérations anatomiques des veines variqueuses comme analogues, sinon identiques aux lésions athéromateuses des artères, M. Schreider a examiné soigneusement sur tous ses malades l'état du système artériel, en prenant des tracés sphygmographiques, en palpant les artères superficielles et en auscultant le cœur. Les résultats de ces

recherches ont été concluants : tous les malades, malgré la diversité d'âge, étaient *athéromateux*. Rapprochant de ces données les faits déjà signalés par d'autres travaux sur le même sujet, en particulier par les résultats obtenus par les travaux anatomo-pathologiques de M. Quenu, l'auteur arrive à la conclusion que nous avons annoncée plus haut.

3° Comme troisième et dernière cause jouant un rôle dans l'apparition et la marche de la maladie, M. Schreider invoque l'altération des troncs nerveux qui survient sous l'influence de la sclérose générale atteignant tous les tissus, sclérose provoquée elle-même par les troubles vasculaires déjà préexistants. L'action secondaire et pour ainsi dire accessoire du système nerveux est prouvée, d'après l'auteur, par deux ordres de faits, dont les uns sont tirés de la clinique et les autres se déduisent de l'examen anatomo-pathologique des nerfs. Les premiers se rapportent à l'altération de la sensibilité sur des jambes atteintes d'ulcères, altérations qui, peu marquées au début, vont en s'aggravant dans les périodes avancées de la maladie. Cette altération, signalée par M. F. Terrier pour la première fois, se rapporte à la sensibilité générale, tactile et thermique. Comme autre preuve du même ordre, l'auteur étudie tous les troubles préexistants ou coexistants avec l'ulcère, troubles qui ont une grande analogie avec les lésions purement trophiques qu'on rencontre dans les maladies du système nerveux central et dans les névrites ascendantes.

Les données anatomo-pathogéniques comme preuves d'un certain rôle joué par le système nerveux dans la pathogénie de l'ulcère sont fournies par les lésions matérielles des troncs nerveux qui furent constatées directement par MM. Gombaud et Reclus. Un cas d'autopsie fait par l'auteur a confirmé ces recherches.

A ce travail sont annexées 18 observations, dont 14 se rapportent aux cas où l'ulcère est dû au trouble vasculaire primitif et à l'influence de l'altération secondaire du système nerveux. Les observations 15 et 16 démontrent l'influence du traumatisme et de ses conséquences sur la marche et l'apparition de l'ulcère. Les deux dernières se rapportent au cas où l'ulcération est apparue après traumatisme sur des jambes antérieurement saines et ne présentant aucun trouble nutritif.

F. T.

Le Propriétaire-Gérant : Félix Alcan.

Coulommiers. — Typ. Paul BRODARD et Cie.

DIABÈTE — ALBUMINURIE — OBÉSITÉ

QUINA ANTI-DIABÉTIQUE ROCHER

A base de Glycérine rédistillée et chimiquement pure.

Préparation spéciale contre le **Diabète.** Tonifie et reconstitue. — FLACON : **3 fr. 50.**

Les expériences faites sur des malades ont donné de très beaux résultats.

« La Glycérine est un des médicaments les plus avantageux que l'on puisse utiliser contre le ***Diabète.*** Il faut, pour la donner en toute confiance, avoir la certitude absolue qu'elle est pure. Aucune préparation ne répond mieux à cette indication que le ***Quina Anti-Diabétique Rocher.*** Ce médicament a fait ses preuves depuis longtemps. Il est probable que dans un avenir prochain, la Glycérine prendra, grâce à ce produit, la place qu'elle mérite en thérapeutique. » *(Gazette des Hôpitaux & Abeille Médicale.)*

M. ROCHER, Pharmacien, 1, rue Perrée (Paris-Temple), met à la disposition de MM. les **Médecins** des Flacons d'échantillons qu'il envoie *gratis* à titre d'expérimentation.

QUASSINE FREMINT

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF

Très efficace contre **Dyspepsie atonique, Chlorose, Débilité générale, Irrégularité des fonctions digestives, Coliques hépatiques et néphrétiques, Cystites,** etc.

3 fr. le Flacon.—18, rue d'Assas, PARIS, et les princ. Phies.

La **QUASSINE FREMINT** est sous forme de Pilules contenant chacune 2 centig. de *Quassine amorphe.* — Dose : de 2 à 4 par jour avant les repas.

Fer de Quevenne

Approuvé par l'Académie de Médecine

*C'est le Fer **pur** et, de toutes les préparations martiales, celle qui, à dose égale, introduit le plus de fer dans le suc gastrique.*

1 A 2 MESURES PAR JOUR — OU 2 A 4 DRAGÉES

Nombreuses Imitations.

Formuler : le ***Vrai Fer Quevenne.***

Phie Em. GENEVOIX, 14, r. des Beaux-Arts, PARIS, et Phies.

Digitaline d'HOMOLLE & QUEVENNE

Approuvée par l'Académie de Médecine

« ..... *Les Médecins feront bien de continuer à prescrire* « *la **Digitaline** de* MM. HOMOLLE & QUEVENNE. »

(Bull. de l'Ac. de Médecine de Belg., t. VIII.)

1 A 3 GRANULES PAR JOUR

Nota. — Formuler : la Vraie DIGITALINE d'Homolle & Quevenne.

Phie COLLAS, 8, rue Dauphine, PARIS, et toutes Phies.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

PASTILLES DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET

ommandées contre les *Maux de gorge, angines, ex-ctions de voix, ulcérations de la bouche, irrita-ns* causées par le *tabac,* effets pernicieux du *mercure,* pécialement à MM. les Magistrats, Prédicateurs, Pro-seurs Chanteurs pour faciliter *émission de la voix.*

. DETHAN, pharmacien, Faub. St-Denis, 90, à Paris, *et dans les pr. Pharmacies de France et de l'étranger.*

ger la *signature* : Adh. DETHAN. Prix fco, 2f 50

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS DIFFICILES

POUDRES ET PASTILLES PATERSON

AU BISMUTH ET MAGNÉSIE

Ces *Poudres* et ces *Pastilles antiacides* et *digestives* guérissent les *maux d'estomac, manque d'appétit, digestions laborieuses, aigreurs, vomissements, renvois, coliques*; elles régularisent les *fonctions de l'estomac* et des *intestins.*

Adh. DETHAN, pharmacien, Faub. St-Denis, 90, Paris, *et dans les pr. Pharmacies de France et de l'étranger.*

APPAUVRISSEMENT DU SANG

FIÈVRES, MALADIES NERVEUSES

VIN DE BELLINI

AU QUINQUINA ET COLOMBO

Ce *Vin fortifiant, fébrifuge, antinerveux* guérit es *affections scrofuleuses, fièvres, névroses, diar-hées chroniques, pâles couleurs, irrégularité du ang;* il convient spécialement aux enfants, aux emmes délicates, aux personnes âgées, et à celles affaiblies par la maladie ou les excès.

Adh. DETHAN, pharmacien, Faub. St-Denis, 90, à Paris, *et dans les pr. Pharmacies de France et de l'étranger.*

ANÉMIE SCROFULE

DERMATOSES — ARTHRITIS

SULFURINE DU Dr LANGLEBERT

BAIN SULFUREUX

SANS ODEUR

Contenant tous les principes actifs des bains sulfureux ordinaires, et pouvant être pris dans toute espèce de baignoires et à domicile

GROS, 11, Rue de la Perle, PARIS

RHUMATISMES

Guérison assurée par la flanelle et la ouate végétale du **Pin Sylvestre**,
REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22

LA BOURBOUL

Affaiblissements de tous genres
Diabète
Fièvres intermittentes
Rhumatismes noueux, etc., etc.

PULVERMACHER *Appareils Electro-Médicaux* Bté

Approuvés par l'ACADÉMIE DE MÉDECINE (*Bulletin*, t. XVI, n° 13). Ces appareils à nombreux petits éléments sont les SEULS qui permettent par leur flexibilité, leur faible quantité, mais haute tension, d'appliquer un courant continu à demeure sur la partie affectée. — *Notices et Expériences.* — **69, rue de Chabrol, PARIS**

Les Dragées d'IODURE de FER et de MANNE

de L. FOUCHER, d'Orléans

se dissolvent immédiatement dans l'estomac, ne constipent jamais. — **3 fr. le Fl.**

POUGUES

ALCALINE — FERRUGINEUSE — RECONSTITUANTE.

(Clinique de l'Hôtel-Dieu)

Les eaux de Pougues sont les seules qui combatte efficacement les altérations de la *digestion*, de la *sécrétion urinaire*, de la *respiration cutanée*. Elles agissent en régularisant les *grandes fonctions qui constituent l'acte capital de la nutrition.*

(TROUSSEAU.)

(Formulaire Magistral)

L'eau de Pougues est très agréable boire. Elle rend de grands services dan la *glycosurie*, les *calculs urinaires*, l'*aj fection calculeuse et hépatique*. La cons tatation par M. MIALHE de *l'iode expliqu* leur remarquable effiicacité contre l *scrofule*.

(BOUCHA RDAT.)

REGISTRE DES MÉDECINS

de M. E. SIMONNET
400 pages, forte reliure. — Prix : 12 fr.

N° 1 — pour les Médecins des Villes.
N° 2 — pour les Médecins des Campagnes.

Désigner toujours le numéro du Registre

Adresser es demandes à **M. A. DEPLANCHE**, imprimeur
Gendre de M. E. SIMONNET
71-73, — Passage du Caire, Paris.

MALADIES NERVEUS

SIROPS de PENNÈS et PELIS

AUX

Bromure d'Ammonium (*Apoplexie*, etc.), le Fl.
Bromure de Sodium (*Hystérie*, etc.) . . . . . le Fl.
Bromure de Potassium (*Epilepsie*, etc.), le Fl.
EXIGER TIMBRE DE L'ETAT — GROS : 2, r Latran, P
DÉTAIL : 49, r. des Ecoles, 96 R S et principales Pharm

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE

Guérit les affections de la peau. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes et hygiéniques du corps.
Eviter les Contrefaçons en exigeant Timbre de l'État.
DETAIL : RUE DES ÉCOLES, 49, ET TOUTES LES PHARMACIES
GROS : 2, Rue Latran, PARIS

CAPVERN

(HAUTES-PYRÉNÉES)

Eau Sulfatée, Calcique, Ferrugin

Souveraine contre les maladies de la Gravelle et de urinaires, du Foie, de l'Estomac, les Hémorrh diabète et la Goutte. — *EAU TRANSPORTÉE TRÈS*
LA CAISSE DE 30 BOUTEILLES, EN GARE DE CAPVERN
Paris. Entrepôt : Rue Saint-Jacqu

EAU MINÉRALE NATURELLE ET GAZEUSE DE ST-ALBAN (LOIRE

BICARBONATÉE SODIQUE, FERRUGINEUSE, CARBONIQUE FORTE

Contre CHLOROSE, ANÉMIE, MALADIES DE L'ESTOMAC, etc.

L'usage habituel au repas de l'eau de Saint-Alban reconstitue en peu de temp tempéraments les plus débilités. — Essentiellement ferrugineuse et gazeuse, elle stir l'estomac et facilite la digestion.

Bronchites Maladies de Poitrine

St-HONORÉ-LES-BAINS

(NIÈVRE)

Les seules Eaux sulfureuses et arsenicales de France

Employées avec succès loin des sources en boisson et pulvérisation

Laryngites Maladies de la Peau

BONBONS au GOUDRON

DU Dr GRAMONT, MARSEILLE

Toux, Rhume, Bronchite, Catarrhe, Grippe, Coqueluche, Maux de Gorge

sont calmés instantanément par ces Bonbons

BOITE : **1** fr. **75** — 1/2 BOITE : **1** fr.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

COALTAR saponiné LE BEUF

Admis dans les Hôpitaux de Paris

ANTISEPTIQUE, CICATRISANT les PLAIES

S'emploie en compresses, lotions, injections, gargarismes

PRIX : **2** FR. LE FLACON

POUR ÉVITER LES CONTREFAÇONS, BIEN SPÉCIFIER

COALTAR saponiné LE BEUF

31 Récompenses dont 12 Médailles d'Or

44 ANS DE SUCCÈS

L'Alcool de Menthe

DE RICQLÈS

Est souverain contre les **indigestions**, maux d'estomac, de nerfs, de tête, etc., etc. Dans une infusion pectorale bien chaude, il reagit admirablement contre les **rhumes, refroidissements, grippes**, etc., etc.

Fabrique à Lyon : 9, cours d'Herbouville

Maison à Paris, 41, rue Richer

DÉPOT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES ET DROGUERIES

Se méfier des imitations

TRAITEMENT LE PLUS EFFICACE

DE L'ASTHME

PAR LA

POUDRE DU Dr CLÉRY

Récompenses : Médailles Argent, Or.

HORS CONCOURS

On trouve cette Poudre dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

CAPSULES THÉVENOT

do au Goudron . . .	le Flacon	1f20
do à la Térébenthine de Venise	—	1f50
do à l'Apiol	—	4f »
do à l'Éther	—	1f50

SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

la RÉVEILLE

APPROUVÉE par l'Académie de médecine

CÉLÈBRE SOURCE DES MOINES DE CLUNY

à Sauxillanges (Puy-de-Dôme)

Ferrugineuse, bi-carbonatée, gazeuse, etc.

La plus *normalement minéralisée*, la plus *stable* la plus *agréable* à boire de toutes les eaux minérales

ESSENTIELLEMENT **Tonique et Digestive.**

CHLOROSE, DYSPEPSIES, AFFECTIONS DU FOIE ET VOIES URINAIRES

S'adresser au Régisseur, à Sauxillanges.

(15 fr. les 24 bouteilles en gare d'Issoire)

ou Maison d'Esebeck, 62, rue J.-J.-Rousseau, Paris.

DYSPEPSIE

ATONIE — CHLOROSE

QUASSINE ADRIAN

La seule dont les effets réguliers aient été constatés.

DRAGÉES à 25 millig.s de Quassine amorphe

GRANULES à 2 millig.s de Quassine cristallisée.

PRIX DU FLACON 3 FRANCS

GROS, 11, Rue de la Perle, PARIS

COLIQUES HÉPATIQUES

NÉVRALGIES — MIGRAINES

SPÉCIFIQUE des maladies nerveuses en général.

CAPSULES BRUEL

PRIX DU FLACON, 3 FRANCS

Pharmacie DUROY, 10, Rue Montmartre

COLIQUES NÉPHRÉTIQUES

VIANDE C. FAVROT

L'application de la ***Poudre de Viande*** à la thérapeutique des maladies de consomption constitue un immense progrès. — La ***Poudre de Viande*** rend les services les plus incontestables dans la **Phthisie**, la **Chlorose**, la **Scrofulose**, le **Diabète**, la **Gastrite aiguë** ou **chronique**, et dans toutes les affections chirurgicales ou non, dans lesquelles l'économie n'est plus en état de réparer ses pertes.— Pour produire son effet maximum, la ***Poudre de Viande*** doit être **pure, sans odeur, sans saveur et inaltérable.** Ces conditions sont remplies par la ***Viande C. FAVROT*** qui ne contient que de la **Chair de Bœuf** dont elle représente **4** fois son poids. — LA ***Viande C. FAVROT*** EST ADMISE DANS LES HOPITAUX.

5f LA BOITE.—*PARIS, 102, r. Richelieu.*—Pharmacie FAVROT.—J. FERRÉ, *Gendre et Successeur.*

FER DIABÉTIQUE de PETITHUGUENIN (Proto Bromure de Fer Arsenié)
le Flacon de 100 Pilules : **5** fr. : Phie du Dr GUSTIN, 23, r. Drouot et ttes Phies.

ENGHIEN-LES-BAINS

Eaux Minérales sulfureuses

Saison du 1er Avril au 15 Octobre

Affections chroniques du Larynx et du Pharynx; Maladies des Voies digestives, de la Peau; Anémie, Chlorose, Névrose.

Affections Utérines, Rhumatismales, Paralysie, Goutte, Scrofules, Lymphatisme, Débilité, Asthme.

POUR RENSEIGNEMENTS ET NOTICES

S'ad. à M. TOUZÉ ✻, directeur des Eaux d'Enghien (S.-et-Oise).

Dépôt des Eaux chez tous les marchands d'Eaux minérales et

MALADES ET BLESSES

soulagés par lits et fauteuils mécaniques. Vente et loc. Eaut. à spéculum.

DUPONT, rue Serpente, 18, à Paris.

BAIN DE PENNES

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les bains de mer

Éviter contrefaç. en exig' timbre de l'État

Gros : 2, r. Latran, Paris. Détail : tes Pharmacies.

EAU MINÉRALE NATURELLE

d'HEUCHELOUP

A HYMONT-MATTAINCOURT, PRÈS MIRECOURT (VOSGES)

Approuvée par l'Académie de Médecine

Contre : Affections des **Reins**, de la **Vessie**, du **Foie** — *Lithiase rénale, Gravelle, Catarrhe vésical, Coliques nephrétiques, Lithiase biliaire, Ictère, Hypertrophie du foie, l'***Arthritisme** et la **Goutte** et ses diverses manifestations, *gastriques, rénales*, etc.

A PARIS, D'ESEBECK, 62, RUE JEAN-JACQUES-ROUSSEAU et chez : Marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens.

Dragées Anti-Laiteuses de Jaumes

***Souveraines** pour **faire cesser la secretion lactée**, sans fatigue aucune au moment du Sevrage.*

DOSE : 2 LE MATIN, **2** LE SOIR

3 FR. LE FLACON DE 60 DRAGÉES. — UN FLACON SUFFIT

Préparées par GELY, Phn de 1re Classe, Montpellier

Paris, TROUETTE-PERRET, 165, r. St-Antoine

Et toutes Pharmacies de France et de l'Etranger.

PILULES ET SIROP à l'IODURE de FER et QUININE DE REBILLON

Préparation spécifique contre les Maladies nerveuses, les Chloro-Anémie, Fièvres, Gastralgies et toutes les Maladies provenant de l'Appauvrissement du Sang. — DOSES POUR ADULTES : 1 cuillerée à bouche de Sirop & 4 Pilules par jour.

Vente en Gros CH. VIMARD, 4, rue du Parc-Royal PARIS

Détail dans les Pharmacies

ENVOI *franco* D'ÉCHANTILLONS A MM. LES MÉDECINS.

DESNOIX, Phien de 1re classe

17, rue Vieille-du-Temple, à Paris

SPARADRAP

CHIRURGICAL

DES HOPITAUX DE PARIS

M. Desnoix, ancien préparateur à la Pharmacie Centrale de l'Assistance publique, garantit l'authenticité de la formule de ce sparadrap.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM

de L. FOUCHER, d'Orléans

(25 CENTIGR. DE SEL PAR DRAGÉE)

Sont agréables à prendre, faciles à doser; ne provoquent ni constriction à la gorge, ni salivation.

4 francs le Flacon de 100 dragées.

GRAVELLE, DIATHÈSE URIQUE & PHOSPHATIQUE

PILULES Benzoïques ROCHER

au *Bromure de Lithium*, à l'*Essence de Juniperus oxycedrus* et aux *Alcaloïdes du Quinquina* (Quinine, Cinchonine, Cinchonidine)

Chaque Pilule, du poids de 0g 20, contient ces produits dans des proportions égales, et neutralise environ 0g 50 d'acide urique.

Ces Pilules ont obtenu un succès remarquable dans le traitement du **Catarrhe vésical, Cystite chronique, Néphrites et Coliques néphrétiques, Rhumatismes chroniques, Névralgies et Névroses du col de la Vessie**, et en général dans la plupart des affections des **Reins**, de la **Vessie**, de la **Prostate** et de l'**Urèthre**.

LE FLACON DE 60 PILULES : **5** FR. — *Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée (Temple), PARIS*

La *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, qui constituent la 2e série de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, paraissent tous les mois, chacune formant une livraison grand in-8o de 5 à 6 feuilles.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée.		Pour les deux Revues réunies.	
Un an, Paris	**20** fr.	Un an. Paris.	**35** fr.
— Départements et étranger.	**23** fr.	— Départements et étranger.	**40** fr.

La livraison : 2 francs.

S'ADRESSER POUR LA RÉDACTION :

Revue de médecine : à M. le **Dr Landouzy**, 4, rue Chauveau-Lagarde, à Paris, ou à M. le **Dr Lépine**, 42, rue Vaubecour, à Lyon.

Revue de chirurgie : à M. le **Dr Nicaise**, 37, boulevard Malesherbes, à Paris.

POUR L'ADMINISTRATION :

A M. **Félix Alcan**, libraire-éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

Les quatre années de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877, 1878, 1879 et 1880) se vendent chacune séparément 20 fr. ; la livraison, 2 fr.

Les trois premières années (1881, 1882 et 1883) de la *Revue de médecine* ou de la *Revue de chirurgie* se vendent le même prix.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN.

L'ÉLECTRICITÉ

REVUE SCIENTIFIQUE ILLUSTRÉE HEBDOMADAIRE

(8e Année)

ABONNEMENTS : Un an, Paris et Départements, **20** fr. ; Union postale, **25** fr. Le numéro, **50** c.

REVUE DES COURS LITTÉRAIRES ET REVUE POLITIQUE ET LITTÉRAIRE
REVUE DES COURS SCIENTIFIQUES ET REVUE SCIENTIFIQUE

1re ET 2e SÉRIES — SEIZE ANNÉES (1864-1880) — 52 VOLUMES

Première Série (1864 à 1870).

Revue des Cours littéraires et *Revue des Cours scientifiques*. Chaque année se vend séparément : brochée, 15 fr. ; reliée. . . . 20 fr.

Chaque livraison se vend séparément. 30 c.

Deuxième Série (1871 à 1880).

Revue politique et littéraire et *Revue scientifique*. Chaque année, formant deux volumes, se vend : br., 20 fr. ; rel. en 1 vol. 25 fr.

Chaque livraison se vend séparément. 50 c.

Dans ces deux séries, la part principale est faite aux leçons et aux conférences ; on y trouve les cours les plus réputés de la *Sorbonne*, du *Collège de France*, de la *Faculté de médecine de Paris*, des *Facultés des Départements*, des *Universités étrangères*, les *Lectures faites aux Académies*, les *Conférences publiques*, etc.

Une table disposée par ordre de matières, permet au lecteur de choisir dans chaque année les documents relatifs aux diverses branches de la littérature, de l'histoire ou des sciences, et de prendre séparément les livraisons qui l'intéressent.

Prix de la Table générale des matières contenues dans les deux Séries, **60** *centimes.*

ENVOI FRANCO DES NUMÉROS, CONTRE MANDATS OU TIMBRES POSTE.

RÉCENTES PUBLICATIONS

Librairie A. Delahaye et Lecrosnier.

De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées, compliquées d'adhérences ou de gangrène, par le Dr BARETTI. In-8. 3 fr. 50

Traité théorique et pratique du massage, par le Dr NORSTROM. In-8. 7 fr.

La Librairie Félix ALCAN se charge de fournir franco, à domicile, à Paris, en province et à l'étranger, tous les livres publiés par les différents éditeurs de Paris, aux prix de catalogue.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

Viennent de paraître :

LA

PHILOSOPHIE ZOOLOGIQUE

AVANT DARWIN

PAR

EDMOND PERRIER

Professeur au Muséum d'histoire naturelle

1 volume in-8° de la *Bibliothèque scientifique internationale.* 6 fr.

TRAITÉ DES MALADIES DES REINS

Par BARTELS

Professeur à l'Université de Kiel

Traduit de l'allemand par le Dr Edelmann

Avec notes et introduction par le Dr LÉPINE

1 fort volume in-8°, avec figures dans le texte. . . . . 15 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES DES ENFANTS

PAR

F. RILLIET ET E. BARTHEZ

Troisième édition entièrement refondue et considérablement augmentée

Par E. BARTHEZ ET A. SANNÉ

Tome Ier (considérations générales, maladies du système nerveux, maladies de l'appareil respiratoire). 1 fort volume in-8°. . . . . 16 fr.

MANUEL

DU LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE

PAR

BURDON-SANDERSON, FOSTER ET LAUDER-BRUNTON

Professeurs aux Universités de Londres et de Cambridge

Traduit de l'anglais par G. MOQUIN-TANDON

Professeur à la Faculté des sciences de Besançon

1 fort volume grand in-8°, avec 184 figures dans le texte. 14 fr.

L'HOMME ET L'INTELLIGENCE

FRAGMENTS DE PHYSIOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

PAR

CHARLES RICHET

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris

1 fort volume in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* 10 fr.

Coulommiers. — Typographie Paul BRODARD et Cie.